

6/5 スーパーチャイルド選考会

体調チェックシート

この度はご参加いただき、ありがとうございます。

ご参加の際、本体調チェックシートの提出が必須となりますので、必要事項をご記入の上、当日ご持参ください。

日にち	2022 年 6 月 5 日		
ふりがな		年齢	歳
氏名			
住所			
電話番号			

(1) 当日の体温

℃

(2) 参加前一週間において当てはまるものにチェックをしてください

①平熱を超える発熱	☐ あり	☐ なし
②咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状	☐ あり	☐ なし
③だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	☐ あり	☐ なし
④嗅覚や味覚の異常	☐ あり	☐ なし
⑤体が重く感じる、疲れやすい等	☐ あり	☐ なし
⑥新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触	☐ あり	☐ なし
⑦同居家族や身近な知人に感染を疑われる方がいる	☐ あり	☐ なし
⑧過去7日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある	☐ あり	☐ なし

ご記入いただいた個人情報は、新型コロナウイルス感染症拡大防止目的に利用し、厳重に取り扱うものとします。新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、国又は保健所から情報提供の求めがあった場合は、ご記入いただいた個人情報を提供することがあります。

【確認事項】

①発熱（37.5度以上）が確認された場合、もしくは上記8つの項目のうち、1つでも当てはまるものがあればご参加いただけません。

※発熱やせき、たん、のどの痛みの症状がある場合や少しでも体調が悪いと感じたときは無理をせず参加を控えるようお願いします。

②発熱にかかわらず、自覚症状の有無、せきやくしゃみ鼻水などにより他の参加者に迷惑をかける可能性があると思われる場合、参加をお断りさせていただきますので、予めご承知おきください。

③実施中に発熱や咳、のどの痛み、息苦しさ、胸の痛み等の呼吸器症状や味覚・嗅覚異常がある等、感染の疑いのある症状を呈した場合には保健所に連絡の上、その指示に従っていただきます。

④当日はマスクの着用など感染予防対策をお願いします。

⑤こまめな手洗い、うがいの実施をお願いします。

ご記入ありがとうございました。当日ご持参ください。