

スポーツスクール 体調管理チェックシート 兼 出席確認票

参加者氏名	電話番号
参加スクール名	参加日 年 月 日

* 下記のチェック項目をご確認いただき、参加日(毎回)にご提出ください。

* 全項目に**チェックがつかない**場合は、参加をお控えください。

体 温	度	<u>保護者氏名</u>
<input type="checkbox"/> 咳（せき）・のどの痛みなど、風邪の症状はない <input type="checkbox"/> 倦怠感（だるさ）や息苦しい症状はない <input type="checkbox"/> 咳（せき）・痰（たん）や胸部の不快感はない <input type="checkbox"/> 臭覚・味覚に異常はない <input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等の症状はない <input type="checkbox"/> 過去14日以内に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はない <input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方はいない <input type="checkbox"/> 過去14日以内に県外への移動はない <input type="checkbox"/> 過去14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、地域等への渡航または該当在住者との濃厚接触はない		