

健康管理チェックシート

氏名 _____ 利用日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用前2週間の健康状態

チェック項目	ある	ない
平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
せき、のどの痛みなどの風邪症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
倦怠感（だるさ）、息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
味覚や嗅覚の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
同居家族や身近な知人に感染が疑われる人がいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過去14日以内に、入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国や地域等への渡航又は当該居住者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※1つでも「はい」がある場合は、施設利用（参加）の中止をご検討ください。
※この用紙は提出不要です。

参加者名簿

(/)

【利用日】 令和 年 月 日

【団体名】

氏 名	連 絡 先	健康管理 チェック
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		
様		