体調チェック報告シート（事前報告用）

新型コロナウイルス感染症の拡大防止対策として、以下の項目について記入し、署名したうえで、受付時に必ず提出してください。提出しない場合は、参加を取り消すことがあります。

また、体調によっては、参加をお断りする場合がありますので、予めご了承ください。

１．参加者の氏名・連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | ( 才） | 電話番号 |  |
| 住　所 |  | | | |

２．参加者の健康状態等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 平熱 | 本日の体温 | 本日の体調 | ワクチン接種証明等 |
| ℃ | ℃  (　　　時　　　分計測) | （いずれかをチェック）  □　良　好  □　不　調 | （証明できる場合はチェック）  □　ワクチン接種  □　検査の陰性※ |

※「ワクチン接種」「検査陰性」を選択した方はその証拠書類等を提示してください（任意）。検査の陰性証明は、72時間以内に検体を採取したのPCR検査又は24時間以内に行った抗原検査（定性検査若しくは定量検査）とします。

３．開催日前14日以内について、以下の質問にお答えください。

|  |  |
| --- | --- |
| 質　　問 | 回　　答 |
| ア．新型コロナウイルス感染症陽性者と濃厚接触はありましたか？ | □はい　□いいえ |
| イ．同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか？ | □はい　□いいえ |
| ウ．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当該在住者との濃厚接触はありましたか？ | □はい　□いいえ |
| エ．以下のリストに該当する症状はありましたか？ | □はい　□いいえ |
| 【症状リスト】該当する症状に「○」を付けてください。  ①平熱を超える発熱　　②咳　　③のどの痛み　　④倦怠感（だるさ）  ⑤息苦しさ　　⑥嗅覚や味覚の異常　　⑦その他（　　　　　　　　） |
| オ．上記ア～エがひとつでも「はい」に該当する場合、その後に感染対策を開始してから7日間以上の待機期間を経過していますか？ | □はい　□いいえ |

４．その他、気になる点や伝えたいこと等がありましたら、ご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

※　記入いただいた内容は新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防⽌するため、当該講習会等において参加者の健康状態の把握、開催・参加可否の判断および必要な連絡調整のために使用します （書類は一定期間保管した後、適切に破棄します）。

なお、感染者またはその疑いのある⽅が発⾒された場合には、必要な範囲で保健所・行政機関等に情報を提供することがありますので予めご了承ください。

**上記の記述は事実と相違ありません。**

令和　　　年　　　月　　　日

署名　　　　　　　　　　　　　（保護者代筆可）