

氏名(カタカナ)		年齢	歳
住所		利用時間	: 頃
電話番号 (携帯または自宅)		体調	

・「体調」の欄については、次の事項が問題なければ「○」と書いてください。

ご利用前の2週間でつぎの事項にあてはまるものはありませんか。

平熱を超える発熱があるか？

せき、のどの痛みなどの風邪の症状があるか？

だるさ(けんたい感)、息苦しさ(呼吸困難)があるか？

味覚や嗅覚の異常があるか？

体が重く感じる、疲れやすい等の症状があるか？

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があるか？

過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察機関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か？

について、事前に検温されていない方は職員までお声掛けください。

北市民健康文化センター 新型コロナウイルス感染症対策チェックシート

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、以下のご確認と書面の提出にご協力をお願いします。

利用施設		利用人数	人
利用日時	令和 年 月 日	時 ~	時
団体名			
団体代表者名			
住所			
電話番号			

(上記情報は万が一の感染発生時等に利用するもので、それ以外の用途には使用しません)

代表の方は、次の事項についてご確認をお願いします。

参加メンバー全員の連絡先

参加メンバー全員の利用当日の体温・体調

参加メンバー全員の利用前 2 週間の下記事項の該当有無

平熱を超える発熱がある。

せき、のどの痛みなど風邪の症状がある。

だるさ(けんたい感)、息苦しさ(呼吸困難)がある。

嗅覚や味覚の異常がある。

体が重く感じる、疲れやすい等の症状がある。

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がある。

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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある。

当日の体調に不安がある方は利用を控えていただくようお願いします。

また、事前に検温をされていない方がいらっしゃる場合や ・ に該当がある場合は職員までお声がけください。