

健康チェックシート

令和 年 月 日

氏名		受講者	指導者
緊急連絡先（受講者は必ずご記入ください）			

以下のことについて当てはまるものに○をつけてください。

状態・症状の項目	現在の状況	
体温	℃	
鼻水	あり	なし
咽頭痛	あり	なし
咳	あり	なし
呼吸困難	あり	なし
全身倦怠感	あり	なし
味覚・嗅覚障害	あり	なし
頭痛	あり	なし
嘔気・嘔吐	あり	なし
下痢	あり	なし
その他	()	
直近2週間以内に上記症状はありましたか	はい	いいえ
家族・身近な人に上記症状の人はいましたか	はい	いいえ

質問

新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたこと（濃厚接触）がありますか？	はい	いいえ
2週間以内に「海外や居住している都道府県以外に行ったあと、発熱と咳がでてきた人」と、一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
2週間以内に、50名以上が集まるイベントに参加しましたか？	はい	いいえ
2週間以内に県内・外によらず、いわゆる3密（換気の悪い密閉空間、多くの人の密集する場所、近距離での密接な会話）の機会がありましたか？	はい	いいえ

参加条件

○状態・症状の項目

普段のご自身の平熱であること、全ての項目が「なし」「いいえ」であること