スクール当日提出

新型コロナウイルス感染防止対策チェックシート

* **団体・家族参加の場合は、代表者氏名を記入してください。**

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

**● 団体・家族全員についてご確認ください。**

□　当日の体温に異常がない　　　　　　　　　　　　　はい　　・　　いいえ

□　過去２週間における以下の事項がない　　　　　　　はい　　・　　いいえ

・平熱を超える発熱（おおむね37度５分以上）

・せき、のどの痛みなど風邪の症状

・だるさ（けんたい感）、息苦しさ（呼吸困難）

・嗅覚や味覚の異常

・体が重く感じる、疲れやすい等

・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

・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる

・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

　　　※団体・家族参加の場合、代表者以外の方の氏名を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 氏名 | № | 氏名 |
| １ |  | ４ |  |
| ２ |  | ５ |  |
| ３ |  | ６ |  |

記入いただいた個人情報は、新型コロナウイルス感染症拡大防止のために利用します。その他の目的で利用することはありません。

当スクールで感染者が発生した場合、保健所に連絡できるよう１か月間保管します。