

感染予防ヘルスチェックシート

利用日時 令和 年 月 日 時 分

氏名

住所

電話番号

区分 中学生 ・ 高校生 ・ 一般

施設検収印

以下の設問にすべて○をつけてください。

- | | |
|---|----------|
| ①風邪の症状（咳やくしゃみなど）が続いてはいないか？
（軽い症状の方も含みます） | ない ・ ある |
| ②過去48時間以内に熱があったか？ | ない ・ あった |
| ③強いだるさ（倦怠感）や息苦しさがないか？ | ない ・ ある |
| ④咳・痰・胸部の不快感はないか？ | ない ・ ある |
| ⑤味覚・嗅覚に少しでも違和感はないか？ | ない ・ ある |
| ⑥新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚
接触はあるか？ | ない ・ ある |
| ⑦過去14日以内に、政府から入国制限、入国後の観
察期間を必要と発表されている国・地域渡への渡航、
並びに当該在住者との濃厚接触がないか？ | ない ・ ある |
| ⑧身内や身近な接触者に上記の症状がみられる方、該
当する点があるか？ | ない ・ ある |

■備考

- ・館内を利用される皆様に記入していただきます。
- ・上記のヘルスチェックに「あった」の項目が1つでも当てはまった場合は、ご利用をお控えいただきますようお願いいたします。

■個人情報の取り扱いについて

- ・記入された個人情報は、1か月間は土幌町総合研修センターにて厳重に保管し、1か月間を過ぎたのち裁断にて破棄いたします。
- ・記入された個人情報は、スポーツ庁におけるガイドラインに則り収集しております。感染拡大予防の措置以外には使用いたしません。