

健康チェックシート

チェック項目を確認頂き御参加当日に御署名の上、提出してください。

以下のチェック項目で該当しない箇所がある方は参加の自粛をお願いします。

またコース参加中に発熱・体調不良がありましたらすぐにお申し出ください。

ご記入いただいた情報は感染症拡大防止のために利用させていただきます。

その他の目的に利用することは有りません。本文書は最低1ヶ月保管致します。

(検温時間 AM/PM 時 分)

体温 °C

	チェック項目	
1	当日の体調確認事項	
	体温37.5°C未満で、かつ発熱・倦怠感・感冒症状・味覚／臭覚異常、がない	<input type="checkbox"/>
2	参加前10日間 における以下の事項の確認	
	ア 発熱・倦怠感・感冒症状・味覚／臭覚異常、がない	<input type="checkbox"/>
	※2-アにチェックが出来なかった場合で、以下の特例①・特例②のいずれかに該当する場合は参加可能とする	
	特例①：症状があったが、ワクチン接種後24時間以内に発症し、その後48時間以内に消退したもの →	<input type="checkbox"/>
	特例②：症状があったが、新型コロナPCR検査が陰性 →	<input type="checkbox"/>
	イ 濃厚接触者に該当しない	<input type="checkbox"/>
	※2-イにチェックが出来なかった場合で、以下の特例①に該当する場合は参加可能とする	
	特例①：濃厚接触者だが、無症状で抗原検査が陰性	<input type="checkbox"/>
	ウ 新型コロナウイルス（擬似を含む）患者に適切な个人防护具を着用し接触している	<input type="checkbox"/>
3	参加後2日以内に新型コロナに罹患、もしくは疑似症例となった場合は、 センターに対して速やか（少なくとも当日中）に連絡しその後の対応に協力する事を確約する。	<input type="checkbox"/>

私は、以上の記載事項に相違ない事を約束し、個人情報を含む記載事項の利用について同意致します。

参加日および署名日 令和 年 月 日 ()

御所属(勤務先)

緊急連絡先(本人)

御署名