

## 体調管理チェックシート

利用者区分：主催者・役員・競技者・観覧者・その他（ ）/該当に○してください・

利用日：令和 年 月 日 団体名： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 住所： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_

以下の項目についてご確認のうえ、ご記入をお願いいたします。

- ・平熱をご記入願います。 \_\_\_\_\_ °C
- ・受付において測定した体温をご記入願います。 \_\_\_\_\_ °C
- ・本日は、マスクをご持参していますか？ ある なし
- ・本日は、発熱、咳（せき）、のどの痛み、下痢（げり）などの  
体調不良はありませんか？ ある なし

ご利用前2週間における以下の項目について、該当する欄にチェックをお願いいたします。

- |  | 有                        | 無                        |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ・平熱を超える発熱  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・咳（せき）、のどの痛みなど風邪（かぜ）の症状  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・だるさ（倦怠（けんたい）感、息苦しさ（呼吸困難）                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・嗅覚や味覚の異常、下痢（げり）の症状  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・体が重く感じる、疲れやすい等の症状   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・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の有無                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・同居家族や身近な知人に感染の疑いのある方がいますか？                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を<br>必要されている国、地域等への渡航又は当該在住者と濃厚接触の有無 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 滞在した国名または地域名 _____   |                          |                          |
| ・下記の注意事項を読み、ご同意をいただけますか？                                       | はい                       | いいえ                      |

### 【注意事項】

- ・こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施すること。
- ・他の利用者、施設管理者等との距離（できるだけ2m以上）を確保すること。  
（障がい者の誘導や介助をする場合を除く）
- ・利用中に大きな声で会話、応援等をしないこと。
- ・感染防止のために施設管理者が決めたその他の措置の順守、施設管理者の指示に従うこと。
- ・利用終了後2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、施設管理者に対し  
て、速やかに濃厚接触者の有無等を含めて報告すること。

以上、ご協力をいただきまして、誠にありがとうございました。

思川PF1パートナーズ(株)