

## スポーツスクール 体調管理チェックシート 兼 出席確認票

参加者氏名		電話番号	
参加スクール名		参加日	令和3年 月 日

\* 下記のチェック項目をご確認いただき、参加日(毎回)にご提出ください。

\* 全項目にチェックがつかない場合は、参加をお控えください。

体 温	度	保護者氏名
<input type="checkbox"/> 咳（せき）・のどの痛みなど、風邪の症状はない <input type="checkbox"/> 倦怠感（だるさ）や息苦しい症状はない <input type="checkbox"/> 咳（せき）・痰（たん）や胸部の不快感はない <input type="checkbox"/> 臭覚・味覚に異常はない <input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等の症状はない <input type="checkbox"/> 過去14日以内に新型コロナ感染症陽性とされた方との濃厚接触はない <input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方はいない <input type="checkbox"/> 過去14日以内に県外への移動はない <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必要とされている国、地域等への渡航または該当在住者との濃厚接触はない		