

高岡市手をつなぐ育成会支援

健康チェックシート

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____ ※日中に連絡できる電話番号をご記入ください。

8月21日（日） 朝の体温 _____℃

以下の項目にご記入をお願いいたします。

●過去2週間における体調及び状況についてお答えください。	
平熱を超える発熱	有 ・ 無
咳やのどの痛みなどの風邪の症状	有 ・ 無
体のだるさ、息苦しさ	有 ・ 無
嗅覚や味覚の異常	有 ・ 無
身体が重く感じたり、疲れやすい等	有 ・ 無
新型コロナウイルス感染症陽性とされた方と濃厚接触がある	有 ・ 無
同居家族や身近な知人に感染が疑われる人がいる	有 ・ 無

※「有」にチェックが入った方、体調に不安がある方は、参加をお控えください。

※毎日、朝の検温をお願いします。

※参加者の新型コロナウイルス感染が確認された場合は、必要に応じて保健所等の公的機関へ情報提供し、感染拡大防止策を講じることをご了承ください。

※このチェックシートは、新型コロナウイルス感染対策以外には使用いたしません。（一か月後に廃棄します）

[連絡先] 富山県障がい者スポーツ指導者協議会事務局 e-mail jim@toy-paraspo.com

なお、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

[担当者] 岩田（090-2032-3094）