**令和4年10月15日開催**

**令和４年度　第２回研修会　健康チェックシート**

**氏　　名：**

**住　　所：**

**電話番号：**

**※日中にご連絡できる電話番号をご記入ください。**

**１０月１５日朝の体温　　　　　　℃**

**以下の項目にご記入をお願いします。**

|  |
| --- |
| **過去1週間における体調およ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** |
| **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** |
| **過去１４日以内に政府から入国制限、入国後の経過観察を必要と****されている国、地域への渡航または当該在住者との濃厚接触がある** | **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。**

**毎朝の検温をお願いします。**

**万が一、参加中に体調が優れなくなった場合はすぐにお伝えください。**

**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対策以外には使用致しません。**

**（１ヶ月後に廃棄）**

**【連絡先】富山県障がい者スポーツ指導者協議会　研修部会　日南田(ひなた)**

**TEL：090-4320-6006**