

【事前】新型コロナウイルス感染防止チェックシート

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、事前にご記入の上、受付時に提出してください。
内容によっては、参加をお断りする場合がありますので、予めご了承ください。

- ① ワクチン接種完了（2回接種）またはPCR検査か抗原検査にて陰性が証明されています
はい いいえ（当日受付にて抗原検査を行います）

② 平熱と参加当日の体温

平熱	本日の体温		本日の体調
℃	℃	時 分計測	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調

③ 2週間前から本日まで、以下のチェック項目についてご回答ください

<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	平熱を超える発熱がある（おおむね 37.5 度以上）
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	咳、のどの痛みなど風邪の症状がある（体調が良くない等）
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	倦怠感（だるさ）、息苦しさがある
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	嗅覚や味覚の異常
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との接触 （同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合も含む）
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合

④ その他、気になる点や伝えたいことがありましたら、ご記入ください。

※記入いただいた内容は新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、当該行事等において参加者の健康状態の把握、開催・参加可否の判断および必要な連絡調整のために使用します（書類は一定期間保管した後、破棄します）。なお、感染者またはその疑いのある方が発見された場合には、必要な範囲で保健所・行政機関等に情報を提供することがありますことを予めご了承ください。

年 月 日

氏 名： _____

連絡先（電話番号）： _____

ご協力ありがとうございました。

事業名	事業日程	使用施設
視覚障害者対象 アルペンスキー・ポール体験会	2022年3月12日・13日	菅平高原スキーリゾート