

健康チェックリスト(団体用)

施設名 _____

※1 団体責任者は、利用日の利用者全員の緊急連絡先を把握し、利用された方の中で新型コロナウイルス感染症を発症した場合には、それらの情報を保健所等の公的機関に提供していただく場合がありますので、事前に周知してください。

上記(※1)について承諾します。(□にチェックを入れてください)

利用日	令和 年 月 日()
団体名	
責任者名	

1, 2に利用者全員が該当し、3, 4を承諾いただける場合は、□にチェックをいれてください。

1	利用当日の体温に異常がない
2	利用前2週間において以下(ア～ク)事項の有無 ※該当する項目について、医師等より隔離や自宅待機が免除されている場合は、余白にご記入いただくか、または直接スタッフへお申し出ください
	ア 平熱を超える発熱がない
	イ 咳(せき)、喉(のど)の痛みなど風邪の症状がない
	ウ だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)の症状がない
	エ 嗅覚(きゆうかく)や味覚(みかく)の異常がない
	オ 体が重く感じる、疲れやすい等の症状がない
	カ 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がない
	キ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない
ク 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ない	
3	受付・着替え等の運動・スポーツを行っていない間、特に会話をするときにはマスクを着用出来るよう持参している
4	施設利用前後においても施設内で三つの密を避けるよう心掛ける

◆このリストは利用される受付に提出してください。

◆当施設で感染症が発生した場合に、保健所に連絡ができるように1か月間保管します。

◆利用後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、速やかに濃厚接触者の有無について利用施設へ連絡をください。