＝　体　調　確　認　票　＝

※講習会・大会等への参加の際、内容記入のうえ各自ご持参ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 大　会　名  （講習会等） |  | | | | | | | |
| 確　認　日 | 令和　　　年　　　　月　　　　日（　　　） | | | | | | | |
| （ふりがな）  氏　　　名 |  | | | 生年月日  大正・昭和・平成  　　年　　月　　日 | | | 性  別 | 男  女 |
| 住　　　所 | 〒  　　　- |  | | | | | | |
| 連　絡　先  （電話番号） | 固定  電話 | | | 携帯  電話 | | | | |
| 本日の体温 | ℃ | | 本日マスクを持参していますか？（有無に〇） | | 有　　無 | | | |
| 本日から2週間前の間におけるあなたの体調について  （調査項目有無のどちらかを〇で囲ってください | | | | | | | | | |
| ア　本日、平熱を超える発熱ありますか？ | | | | | | 有　　無 | | | |
| イ　咳（せき）のどの痛みなど風邪の症状がありますか？ | | | | | | 有　　無 | | | |
| ウ　だるさ（倦怠〔けんたい〕感）、息苦しさ（呼吸困難）がありますか？ | | | | | | 有　　無 | | | |
| エ　臭覚や味覚に異常を感じますか？ | | | | | | 有　　無 | | | |
| オ　体が重く感じる、疲れやすい等の症状がありますか？ | | | | | | 有　　無 | | | |
| 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ありましたか？ | | | | | | 有　　無 | | | |
| キ　同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいますか？ | | | | | | 有　　無 | | | |
| 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、地域等へ渡航又は当該在住者との濃厚接触がありましたか？ | | | | | | 有　　無 | | | |