健康観察表

日付	令和　　年　　月　　日	氏名	

●この健康観察は新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、来場される皆様にお願いしています。

●大会参加にあたり、当日の体調等について以下の項目のチェックをお願いします。皆様の御協力お願いいたします。

御自身の平熱と参加当日（朝）の体温

平熱	本日の体温
℃	（　　時　　分計測）　　℃

下記の症状等に一つでも該当する場合は、参加を見合わせるようお願いします。

研修当日の体調等	該当する方に選択してください
いわゆる風邪症状が持続（4 日以上を目安とする）している	はい　・　いいえ
発熱、咳、呼吸困難（息苦しさ）、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉（鼻づまり）、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気（吐き気）、嘔吐、味覚障害、嗅覚障害などの症状がある	はい　・　いいえ
過去 2 週間以内に発熱があった	はい　・　いいえ
2 週間以内に、法務省・厚生労働省が定める諸外国への渡航歴がある（およびそれらの方と家庭や職場内等で接触歴がある）	はい　・　いいえ
2 週間以内に、新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者（同居者・職場内での発熱含む）との接触歴がある	はい　・　いいえ
新型コロナウイルスの患者に濃厚接触の可能性があり、待機期間内（自主待機も含む）	はい　・　いいえ

この体調管理チェックシートは、当日に受付で提出をお願いします。

※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、当該大会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御了承ください。