

体調チェックシート 来館日 年 月 日

※あてはまるものにチェック✓をしてください。

症状 リスト	①平熱を超える発熱 <input type="checkbox"/> ②咳・のどの痛み <input type="checkbox"/> ③倦怠感 <input type="checkbox"/> ④息苦しさ <input type="checkbox"/>
	⑤臭覚や味覚の異常 <input type="checkbox"/> ⑥2週間以内の発熱・渡航歴 <input type="checkbox"/> ⑦身近に感染が疑われる方がいる <input type="checkbox"/>
	⑧その他 <input type="checkbox"/> (具体的な症状： _____)

団体名			
氏名		体温	℃
電話番号		メールアドレス	

- ※1) ①～⑧に該当する場合は、当センターの利用はできません。
 ※2) 当センター利用に係る感染症等のり患については責任を負いかねますのでご承知おきください。
 ※3) 本シートは利用者さんの体調の確認のほか、当センターで感染が発生した場合に、保健所等公的機関に連絡体制を取ることを目的として利用し、その他の目的には使用しません。

とちぎ福祉プラザ 障害者スポーツセンター

体調チェックシート 来館日 年 月 日

※あてはまるものにチェック✓をしてください。

症状 リスト	①平熱を超える発熱 <input type="checkbox"/> ②咳・のどの痛み <input type="checkbox"/> ③倦怠感 <input type="checkbox"/> ④息苦しさ <input type="checkbox"/>
	⑤臭覚や味覚の異常 <input type="checkbox"/> ⑥2週間以内の発熱・渡航歴 <input type="checkbox"/> ⑦身近に感染が疑われる方がいる <input type="checkbox"/>
	⑧その他 <input type="checkbox"/> (具体的な症状： _____)

団体名			
氏名		体温	℃
電話番号		メールアドレス	

- ※1) ①～⑧に該当する場合は、当センターの利用はできません。
 ※2) 当センター利用に係る感染症等のり患については責任を負いかねますのでご承知おきください。
 ※3) 本シートは利用者さんの体調の確認のほか、当センターで感染が発生した場合に、保健所等公的機関に連絡体制を取ることを目的として利用し、その他の目的には使用しません。

とちぎ福祉プラザ 障害者スポーツセンター

体調チェックシート 来館日 年 月 日

※あてはまるものにチェック✓をしてください。

症状 リスト	①平熱を超える発熱 <input type="checkbox"/> ②咳・のどの痛み <input type="checkbox"/> ③倦怠感 <input type="checkbox"/> ④息苦しさ <input type="checkbox"/>
	⑤臭覚や味覚の異常 <input type="checkbox"/> ⑥2週間以内の発熱・渡航歴 <input type="checkbox"/> ⑦身近に感染が疑われる方がいる <input type="checkbox"/>
	⑧その他 <input type="checkbox"/> (具体的な症状： _____)

団体名			
氏名		体温	℃
電話番号		メールアドレス	

- ※1) ①～⑧に該当する場合は、当センターの利用はできません。
 ※2) 当センター利用に係る感染症等のり患については責任を負いかねますのでご承知おきください。
 ※3) 本シートは利用者さんの体調の確認のほか、当センターで感染が発生した場合に、保健所等公的機関に連絡体制を取ることを目的として利用し、その他の目的には使用しません。

とちぎ福祉プラザ 障害者スポーツセンター