

健康チェックシート

兵庫県立障害者スポーツ交流館ご利用の皆様へ

記入欄

氏名 _____ 利用日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 曜日)
住所 _____ 来館時間 (____ 午前 ・ ____ 午後) ____ 時 ____ 頃
電話番号 ____ - ____ - ____ 来館時体温 ____ . ____ °C

以下の項目について、回答をお願いします。

(1 つでも「ある」の回答があった場合、ご利用をお断りさせていただきます。)

利用前 2 週間における以下の事項の有無について口に✓をお願いします	ある	ない
①ご自身に 37.5 度以上の発熱はありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②風邪症状 (咳・咽頭痛)、味覚、嗅覚障害の症状はありませんか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ご自身に「息苦しさ、倦怠感」等の症状はありませんか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④同居している方に①②③の症状はありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤感染症の症状がある方と接触しましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥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りましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

職員の指示に従い、以下の項目について、ご協力をお願いいたします。

(該当しない項目がある場合は、利用の自粛をお願いします。)

ご利用時は、受付にて検温 (非接触型体温計) を行わせていただきます	<input type="checkbox"/>
館内ではマスクを着用し、アリーナ内での運動中も、可能な限りマスクの着用をお願いします	<input type="checkbox"/>
利用中に大きな声で会話等をお控え下さい	<input type="checkbox"/>
他の利用者、施設管理者スタッフ等との距離 (1.5m 以上) を確保してください ※ 障がい者の誘導や介助を行う場合を除く	<input type="checkbox"/>
感染防止のために施設管理者が決めたその他の措置の遵守、施設管理者の指示に従って下さい	<input type="checkbox"/>
利用終了後 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、濃厚接触者の有無等を含め、当施設へ速やかにご連絡下さい。	<input type="checkbox"/>

【ご利用いただく前に】

活動を始める前に上記チェック項目を確認の上、提出してください。

当施設で感染者が発生した場合に保健所に連絡できるよう一カ月間保管します。

記入いただいた個人情報は、新型コロナウイルス感染症拡大防止のために利用させていただきます。
その他の利用目的のために利用することはありません。