

事業参加時の体調チェックシート／岩手県障がい者スポーツ協会

期日		事業名						
No.	所属等	氏名	性別	年齢	電話番号（自宅／携帯）	過去2週間の 体調不良	感染リスク 該当事項	当日の体温
1						あり なし	あり なし	
2						あり なし	あり なし	
3						あり なし	あり なし	
4						あり なし	あり なし	
5						あり なし	あり なし	
6						あり なし	あり なし	
7						あり なし	あり なし	
8						あり なし	あり なし	
9						あり なし	あり なし	
10						あり なし	あり なし	

*過去2週間の発熱や咳、味覚異常等の体調不良の有無について記入してください。

*感染リスク該当事項は以下を含め、ご自身の感染リスクの有無を記入してください。

①過去2週間以内に新型コロナウイルス感染者または感染が疑われる者との濃厚接触はあるか。

②過去2週間以内にマスク等を着用せずに不特定多数が集まる場所において長時間滞在したことはあるか。