

# 健康チェックシート

講習日時： 年 月 日 時 分 ~

講習場所：

本日は救急講習にご参加いただきありがとうございます。

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、健康状態のチェックをお願いします。1と2については、一つでも該当する場合は、ご参加をご遠慮ください。

また、講習中も、咳や体調不良が見受けられる場合は、お声かけさせていただく場合がございます。

1 体調について：受講前（当日）の検温にご協力ください。

(1) 体温 _____ 度 平熱より高い体温もしくは37.0度以上ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
(2) 咳、のどの痛み、息苦しさ、頭痛、強い倦怠感（けんたいかん）等の風邪に似た症状はありますか？ ※花粉症等のアレルギー症状かどうか、判断がつかない場合は、参加をご遠慮ください。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
(3) 嘔吐、下痢症状や、味覚・嗅覚などの障害はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
(4) 家族に（1）（2）（3）の症状がある方はいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
(5) 過去2週間以内に、新型コロナウイルス感染症への感染者又は感染が疑われる方への接触はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

2 渡航歴について

過去2週間以内に、ご自身・同居している方の中で海外への渡航歴はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
---------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

3 新型コロナワクチン接種について

新型コロナワクチンの接種を受けましたか？ 「はい」の方： <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
---	------------------------------	-----------------------------

令和 年 月 日 団体名

ご氏名

ご連絡先

※ 個人情報につきましては、「個人情報保護法」に基づき厳重に管理した上で適切に廃棄いたします。