**チェック表**

日付：令和　　　年　　　月　　　　日

氏名：

１　以下の項目についてご確認のうえ、ご記入をお願いします。

・平熱をご記入願います。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　℃）

**・受付において測定した体温をご記入願います。　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　℃）**

・本日、マスクはありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ある　　　　　　□なし

・本日、発熱、せき、のどの痛み、げりなどの体調不良はありますか？　　　□ある　　　　　　□なし

２　ご利用２週間における以下の項目について、該当する欄にチェックをお願いいたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　有　　　　　　　　無

・平熱を超える発熱　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　□　　　　　　　　□

・せき、のどの痛みなど、風邪（かぜ）の症状　　 　　　 　　　　　　　　　　　　□　　　　　　　　□

・だるさ、けん怠感、息苦しさ(呼吸困難） □ □

・臭覚や味覚の異常、下痢（げり）の症状 □　　　　　　　　□

・体が重く感じる、疲れやすい等の症状　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　　　　　　□

・新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無　 □　　　　　　　　□

・同居家族や身近な知人に感染の疑いのある方がいますか？ □　　　　　　　　□

・過去14日以内に政府から入国制限、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濃厚接触の有無　　□　　　　　　　　□

　　滞在した国名又は地域名

３　下記の注意事項を読み、ご同意いただけますか？　 　　　　　　　　　　　□はい　　　□いいえ

【注意事項】

・こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施すること。

・他の利用者、施設管理者等との距離（できるだけ2ｍ以上）を確保すること。

（障がい者の誘導や介助をする場合を除く）

・利用中に大きな声で会話、応援等をしないこと。

・感染防止のために施設管理者が決めたその他の措置の順守、施設管理者の指示に従うこと。

・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、施設管理者に対し、

　速やかに濃厚接触者の有無等を含めて報告すること。

以上、ご協力をいただきまして、誠にありがとうございました。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　小山市教育委員会生涯スポーツ課