チェック表

 　　　氏名

以下の項目についてご確認のうえ、ご記入をお願いいたします。

・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。　　　　　 　　　　　　　　　　　　　℃

・本日は、マスクをご持参していますか？ 　　　 　 はい　 　　いいえ

・本日は、発熱、咳（せき）、のどの痛み、下痢（げり）などの

　体調不良はありませんか？ 　　　　　　 　　はい　　　いいえ

ご利用前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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　　□

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

・だるさ（倦怠（けんたい）感、息苦しさ（呼吸困難）　　　　　　　　　□　　　　□

・嗅覚や味覚の異常、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　　□　　　　□

滞在した国名または地域名

・下記の注意事項を読み、ご同意をいただけますか？ 　　　　　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

　て、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

小山市都市公園体育施設及び公園施設指定管理者