

個人用

施設利用者体調等チェックシート

施設を利用される方は、以下の項目にチェックをお願いします。なお、チェック項目に「有」の該当がある方は施設のご利用をお控えください。

(当日および利用前2週間における以下の事項の有無)

有 無

- 平熱を超える発熱
- せき、のどの痛みなど風邪の症状
- だるさ、息苦しさ
- 嗅覚、味覚の異常
- 体が重く感じる、疲れやすい等
- 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がある
- 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる
- 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、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がある

※個人情報の取り扱いについて

ご記入いただきました氏名と連絡先は新型コロナウイルス感染拡大防止対策以外の目的には一切使用いたしません。なお、本施設利用者の感染が確認された場合は、必要に応じて保健所等の公的機関への情報提供をし、感染拡大防止対策を講じることをご了承ください。

年 月 日

お名前 _____

連絡先 _____

利用施設名 _____

利用時間 _____ : _____ ~ _____ : _____

※このチェックシートは1か月後に廃棄いたします。

足立区地域のちから推進部 スポーツ振興課
生涯学習支援課

