

健康チェックリスト(個人用)

施設名 _____

利用日	令和 年 月 日 ()					
利用者名 または 利用者カード ・シニア証番号	※ご家族で利用の際は、全員の名前またはカードNOを記載ください。					
利用室場	体育室等		トレーニング室		プール	
	午前	午後	夜間	時	分から	時



1, 2に本人またはご家族全員が該当し、3, 4を承諾いただける場合は、
□にチェックをいれてください。

1	利用当日の体温に異常がない
2	利用前2週間において以下(ア〜ク)事項の有無 ※該当する項目について、医師等より隔離や自宅待機が免除されている場合は、 余白にご記入いただくか、または直接スタッフへお申し出ください
	ア 平熱を超える発熱がない
	イ 咳(せき)、喉(のど)の痛みなど風邪の症状がない
	ウ だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)の症状がない
	エ 嗅覚(きゆうかく)や味覚(みかく)の異常がない
	オ 体が重く感じる、疲れやすい等の症状がない
	カ 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ない
	キ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない
ク 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の濃厚接触がない	
3	受付・着替え等の運動・スポーツを行っていない間、特に会話をするときにはマスクを着用出来るよう持参している
4	施設利用前後においても施設内で三つの密を避けるよう心掛ける

◆このリストは利用される受付に提出してください。

◆当施設で感染症が発生した場合に、保健所に連絡ができるように1か月間保管します。

◆利用後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、速やかに濃厚接触者の有無について利用施設へ連絡をください。