

子供用

健康調査票（感染防止対策）

事業名：キッズサッカー教室

実施日：2020年 月 日

氏名		年齢	歳
住所	〒	電話番号	
		本日の体温	℃

※実施前2週間における以下の事項について、該当する方に○印をご記入ください。

平熱を超える発熱（おおむね37.5℃以上）	ある ない
咳や喉の痛みなどの風邪の症状	ある ない
からだのだるさ（倦怠感）	ある ない
息苦しさ（呼吸が困難）	ある ない
臭覚の異常	ある ない
味覚の異常	ある ない
体が重く感じる	ある ない
最近、疲れやすい	ある ない
新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触	ある ない
同居家族や身近な知人に感染の疑われる方がいる	ある ない
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、地域への渡航歴（最近14日以内）	ある ない
上記該当者との濃厚接触	ある ない

上記内容に間違いのない事を確認し、キッズ教室へ参加することを承諾します。

保護者氏名： _____

*ご記入いただいた調査票はイベント当日に持参し、提出をお願いします。

*ご記入いただいた個人情報取り扱いに充分注意します。

*この調査票は最低1ヶ月間保管させていただきます。

*参加者に新型コロナウイルス感染者が発生した場合、追跡調査時に必要になることがあります。

(公社) 滋賀県サッカー協会