**健康調査票（感染防止対策）**

 事業名：**キッズリーダー派遣事業**

 実施日：　　 　年 　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 年　　齢 | 　　　　　　　　　歳 |
| 住　　所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 本日の体温 | ℃ |
| 【本日サッカー教室を実施する園名】 |

※実施前2週間における以下の事項について、該当する方に〇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 |
| 新型コロナウィ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 |

＊ご記入いただいた調査票は滋賀県サッカー協会までメールまたはFAXにて提出をお願いします。

＊ご記入いただいた個人情報は取扱いに充分注意します。

＊この調査票は最低１ｹ月間保管させていただきます。

＊実施した園でコロナウィ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　FAX：077-585-0983