

稽古会におけるチェックリスト

日	時	令和	年	月	日 ()	場所	
氏	名					年齢	歳
所	属						
住	所						
電	話	番	号				

※発熱の方の入場をお断りします。

- 新型コロナウイルス感染症の方と一緒にいたことがありますか？ いいえ はい いつごろ ()
- 2週間以内に海外にいきましたか？ いいえ はい いつごろ ()
- 2週間以内に他県に行きましたか？ いいえ はい いつごろ ()

2週間前から本日まで下記の症状はありましたか？

- | | | | |
|-----------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| ① 発熱 (37.5 ℃以上) | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いつごろ () |
| ② 寒気 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いつごろ () |
| ③ のどの痛み | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いつごろ () |
| ④ 鼻水 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いつごろ () |
| ⑤ 咳 (せき) | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いつごろ () |
| ⑥ 痰 (たん) | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いつごろ () |
| ⑦ 息苦しさ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いつごろ () |
| ⑧ 強いだるさ (倦怠感) | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いつごろ () |
| ⑨ 臭いがわかりにくい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いつごろ () |
| ⑩ 味がわかりにくい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いつごろ () |
| ⑪ 吐気・嘔吐 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いつごろ () |
| ⑫ 下痢 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いつごろ () |

本日の体温(スタッフが検温します)

℃ ⇒本日は行いません。

※チェックリストは、イベント終了後1ヶ月保管した上で、責任をもって処分します。