

新型コロナウイルス感染防止チェックリスト

新型コロナウイルス感染症対策として、スポーツ庁等が定めるガイドラインに従いチェックリストの提出を求めていますので、次の事項についてご回答ください。

(ア) 個人で施設を利用する方は
こちらを記入

(イ) 団体で施設を利用する**団体の**
代表者はこちらを記入

利用日	令和 ○年 ○月 ○日
氏名	○○ ○○
体温	○○. ○℃ 年齢 ○○歳
住所	○○市(町・村)○○ ○○番地
連絡先	090-○○○○-○○○○
利用目的	○○○○の練習
利用前2週間における以下の事項の 該当(ある・ないのどちらかに○)	
平熱を超える発熱	ある <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/>
咳、のどの痛みなど風邪の症状	ある <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/>
だるさ(倦怠感)、息苦しさ (呼吸困難)	ある <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/>
嗅覚や味覚の異常	ある <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/>
体が重く感じる、疲れやすい等	ある <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/>
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 ^{*1}	ある <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/>
同居人や身近な知人に感染が疑 われる方がいる	ある <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/>
感染警戒地域 ^{*2} との往来又は当 該地域在住者との濃厚接触があ る	ある <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/>
県外から帰宅した同居人に発 熱・咳などの症状がある	ある <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/>

利用日	令和 年 月 日
氏名	
連絡先	- -
団体名	
参加者数	人
利用前2週間における参加者すべての 以下の事項の該当 (ある・ないのどちらかに○)	
平熱を超える発熱	ある・ない <input type="radio"/>
咳、のどの痛みなど風邪の症状	ある・ない <input type="radio"/>
だるさ(倦怠感)、息苦しさ (呼吸困難)	ある・ない <input type="radio"/>
嗅覚や味覚の異常	ある・ない <input type="radio"/>
体が重く感じる、疲れやすい等	ある・ない <input type="radio"/>
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 ^{*1}	ある・ない <input type="radio"/>
同居人や身近な知人に感染が疑 われる方がいる	ある・ない <input type="radio"/>
感染警戒地域 ^{*2} との往来又は当 該地域在住者との濃厚接触があ る	ある・ない <input type="radio"/>
県外から帰宅した同居人に発 熱・咳などの症状がある	ある・ない <input type="radio"/>

(上記設問にて「ある」に該当される場合は、ご利用を控えていただきます。)

*1 濃厚接触…新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と近距離で接触、あるいは長時間接触し、感染の可能性が相対的に高くなっている方を指します。距離としては1m程度で、マスクなどの着用もせずに15分以上接触があった場合には濃厚接触者と考えられています。

*2 感染警戒地域…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、地域等を指します。

記載された情報については、当施設にて新型コロナウイルス感染者が確認された場合、個人情報保護に関する法律第16条3項第2号、第3号及び第4号、第23条第1項第2号、第3号及び第4号の規定に基づき、同意なく国等の機関を含む第三者に情報提供をする場合がありますので、あらかじめご了承ください。