

健康状況チェックシート及び参加確認書

このチェックシートは神奈川県 弓道 連盟（以下、本会という。）が開催する強化事業において新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の健康状態を確認することを目的としています。

本健康チェックシートに記入いただいた個人情報については、本会が、適切に取り扱い、参加者の健康状態の把握、参加可否の判断及び必要な連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、事業実施中に、感染者患者またはその疑いのある方が発見された場合には、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

◎ 基本情報

フリガナ 氏名	年齢 ()	学校名 (所属)
住所	電話番号 (参加者が未成年の場合は、保護者の電話番号)	
事業参加当日の体温	<input type="text"/>	<input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分

◎ 事業開始前 2 週間における健康状態 ※該当するものに「✓」を記入してください。

ア	平熱を超える発熱（おおむね 37.5 度以上）がない。	オ	居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない。
イ	咳（せき）、のどの痛みなどの風邪症状がない。	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。
ウ	だるさ、疲れやすい（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がない。	キ	クラスター発生施設への滞在歴がない。
エ	嗅覚や味覚の異常がない。	ク	政府から入国制限、入国後の観察期間が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。

（参加者が未成年の場合）保護者 確認欄

保護者氏名 _____

※ 本健康チェックシートは、本会が事業終了後 30 日以上保管する。