

群馬クレインサンダーズバスケットボールクリニック参加者事前健康チェックシート

本管理表は、群馬クレインサンダーズバスケットボールクリニックにおける新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、参加者の健康状態を確認するために使用します。
 また、感染発生が確認された場合に使用することもありますし、各施設に提出しなければならない場合もあります。
 そのため、当日提出しない場合は参加することができません。クリニック終了後、2週間保管し、その後廃棄処分致します。

※2週間前から当日までを記入すること

※該当するものに✓を記入すること

14日前

開催日

No.	チェックリスト	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	
1	発熱の症状がない															
2	咳(せき)の症状がない															
3	のどの痛みがない															
4	鼻水、鼻づまりがない※アレルギーを除く															
5	頭痛などの症状がない															
6	体にだるさなどの症状がない															
7	息苦しさがない															
8	味覚異常(味がしない)がない															
9	嗅覚異常(匂いがしない)がない															
10	体温(毎朝検温し、0.1℃単位で記入)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

健康状態と体温に異常がないことを証明します。

令和 年 月 日

参加者氏名

(自筆でお願い致します。)

保護者氏名

(自筆でお願い致します。)