

感染防止チェックリスト

皆様に安心してご参加いただく為に、下記の全ての項目を確認・記入し、イベント当日にご提出ください。感染予防対策へのご協力をお願いいたします。

※回答欄に数値を記入または該当する回答に丸を付けてください。

項目	回答
① 本日の検温結果	℃
平熱を超える発熱がある	はい ・ いいえ
② 咳(せき)、のどの痛みなどの風邪症状がある	はい ・ いいえ
③ だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)などの症状がある	はい ・ いいえ
④ 嗅覚や味覚の異常がある	はい ・ いいえ
⑤ 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ある	はい ・ いいえ
⑥ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	はい ・ いいえ

※“はい”に該当する項目のある方、当日の体調に不安がある方は参加をお控えください。

提出日： 年 月 日

氏 名：

※取得した個人情報等については厳正に管理し、目的以外に使用いたしません。

旭川市北彩都子ども活動センターASOBI~BA [TEL：0166-25-3211]