

新型コロナウイルス感染防止対策 チェックシート

日にち _____ 月 _____ 日 () _____

教室名 _____

名 前 _____

体 温	度	熱が ある	平熱
-----	---	----------	----

※過去2週間について、「あり・なし」に○をつけて回答してください。「熱がある」または「あり」にひとつでも○がついた場合は、教室に参加できません。

①	風邪の症状 (発熱・せき・くしゃみ・のどの痛み)	あり	なし
②	体のだるさ(倦怠感)や息苦しき	あり	なし
③	においや味の感じ方がいつもと違う	あり	なし
④	同居家族や身近な知人に感染症が疑われる人	あり	なし
⑤	感染が拡大している地域への往来、又は海外への渡航	あり	なし

- ★こまめな手洗いと手指消毒をしましょう
- ★運動を行っていない時はマスクの着用をお願いします
- ★人との距離はできるだけ2m以上空けましょう
- ★大声での会話は控えましょう
- ★基礎疾患により重症化しやすい方や感染リスクを心配する方は、かかりつけ医に相談の上、ご参加ください

新型コロナウイルス感染防止対策 チェックシート

日にち _____ 月 _____ 日 () _____

教室名 _____

名 前 _____

体 温	度	熱が ある	平熱
-----	---	----------	----

※過去2週間について、「あり・なし」に○をつけて回答してください。「熱がある」または「あり」にひとつでも○がついた場合は、教室に参加できません。

①	風邪の症状 (発熱・せき・くしゃみ・のどの痛み)	あり	なし
②	体のだるさ(倦怠感)や息苦しき	あり	なし
③	においや味の感じ方がいつもと違う	あり	なし
④	同居家族や身近な知人に感染症が疑われる人	あり	なし
⑤	感染が拡大している地域への往来、又は海外への渡航	あり	なし

- ★こまめな手洗いと手指消毒をしましょう
- ★運動を行っていない時はマスクの着用をお願いします
- ★人との距離はできるだけ2m以上空けましょう
- ★大声での会話は控えましょう
- ★基礎疾患により重症化しやすい方や感染リスクを心配する方は、かかりつけ医に相談の上、ご参加ください