**チェックシート**

**学校・団体名**

**氏　　　　　　　名**

**参加者の症状等の有無について○をつけてください。**

**平熱をこえる発熱（おおむね37.5°以上） 　　　　　有　　　　　　・　　　　　　無**

**咳、のどの痛みなど風邪の症状が 　　　　　有　　　　　　・　　　　　　無**

**だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難） 　　　　　有　　　　　　・　　　　　　無**

**嗅覚や味覚の異常 　　　　　有　　　　　　・　　　　　　無**

**体が重く感じる、疲れやすい等 　　　　　有　　　　　　・　　　　　　無**

**新型コロナウィルス感染症陽性とされた者との濃厚接触 　　　　　有　　　　　　・　　　　　　無**

**同居家族や身近な知人に感染が疑われる方 　　　　　有　　　　　　・　　　　　　無**

**過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間**

**を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者と 　　　　　有　　　　　　・　　　　　　無**

**の濃厚接触**