

# 健康状態チェックシート

小学生親子ものづくり学習会事務局

このシートは、新型コロナウイルス感染症の症状がないこと、そして他の人へのリスクが限定的であることを確認するため提出する必要があるものです。ご記入いただいた個人情報については、本事業終了後2週間、運営責任者が厳正なる管理のもとに保管し、学習会運営関係者の健康状態の把握、来場可否の判断及び必要なお連絡のために利用します。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、ご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、学習会場にて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必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

※印は必須回答になります。

日付※ 令和 4年 8月 日

参加部門※ \_\_\_\_\_ 部門 **体温※** \_\_\_\_\_ °C

所属先/小学校名(会社名)※ \_\_\_\_\_ **体温は、当日測定します。**

氏名※ \_\_\_\_\_

該当するところに○をつけてください※ ( 参加児童・保護者・報道関係・本校生徒ボランティア )

連絡先-住所※ \_\_\_\_\_

連絡先-携帯電話番号※ \_\_\_\_\_

連絡先-Mail \_\_\_\_\_

以下の設問の回答で該当するものに☑をつけてください。

設問1 この14日間に新型コロナウイルス感染症の以下のような症状がありましたか？

高熱が出た※ はい いいえ

咳が連続的に出るようになった※ はい いいえ

不明な息苦しさを感じるようになった※ はい いいえ

嗅覚・味覚障害が出た※ はい いいえ

新型コロナウイルス感染症の患者だと確定された人または疑われる人とこの14日間に接触しましたか？※ はい いいえ 可能性がある

設問2 この14日間に海外渡航歴がありましたか？

はい いいえ

設問3 注：次の質問は、医療従事者の方のみを対象としていますので注意してください。

新型コロナウイルス感染症の患者だと確定された人または疑われる人の確認をこの14日間で行った際に、適切な個人用防具を利用するなど、感染防止のためのあらゆる措置が講じられていましたか。 はい いいえ 該当なし

ご協力ありがとうございました。