

利用者チェックシート

団体名： _____

月 日 ()

氏名			住所				
年齢	歳	連絡先 (電話)	—	—	体温	℃	
基礎疾患	有・無	咳	有・無	だるさ	有・無	息苦しさ	有・無
臭覚・味覚 の異常	有・無	その他風邪症状	有・無	2週間以内の 発熱・渡航歴		有・無	

※1)以下の①～④に該当する場合は、当センターの利用はできません。

- ①平熱を超える発熱、咳などの風邪症状がある方。
- ②だるさ（倦怠感）や息苦しさがある方。
- ③2週間以内に発熱や渡航歴、感染者との濃厚接触が疑われる場合。
- ④新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触の疑いがある方又は同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合。

※2)当センター利用に係る感染症等のり患については、責任を負いかねますのでご承知おきください。

※3)本シートは、利用者皆さんの体調の確認のほか、当センターで感染者が発生した場合に、
保健所等公的機関に連絡体制を取ることを目的として使用し、その他の目的には使用しません。
なお、利用月の翌々月の末にシートは破棄します。

とちぎ福祉プラザ 障害者スポーツセンター

利用者チェックシート

団体名： _____

月 日 ()

氏名			住所				
年齢	歳	連絡先 (電話)	—	—	体温	℃	
基礎疾患	有・無	咳	有・無	だるさ	有・無	息苦しさ	有・無
臭覚・味覚 の異常	有・無	その他風邪症状	有・無	2週間以内の 発熱・渡航歴		有・無	

※1)以下の①～④に該当する場合は、当センターの利用はできません。

- ①平熱を超える発熱、咳などの風邪症状がある方。
- ②だるさ（倦怠感）や息苦しさがある方。
- ③2週間以内に発熱や渡航歴、感染者との濃厚接触が疑われる場合。
- ④新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触の疑いがある方又は同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合。

※2)当センター利用に係る感染症等のり患については、責任を負いかねますのでご承知おきください。

※3)本シートは、利用者皆さんの体調の確認のほか、当センターで感染者が発生した場合に、
保健所等公的機関に連絡体制を取ることを目的として使用し、その他の目的には使用しません。
なお、利用月の翌々月の末にシートは破棄します。

とちぎ福祉プラザ 障害者スポーツセンター