

## 健康確認チェック表

※当日提出してください

### 第4回愛媛県バリアフリーディスクゴルフ大会

氏名	
住所	〒
携帯・電話	

・日時 令和4年 12月 3日 土曜日

・問診票(当てはまる□に✓を記入してください。)

◎内容は現在および2週間以内のことについて記入してください。

平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/> なし	( <input type="checkbox"/> あり °C )
咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> なし	( <input type="checkbox"/> あり 症状 )
だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/> なし	( <input type="checkbox"/> あり 症状 )
嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> なし	( <input type="checkbox"/> あり 症状 )
体を重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

#### (注意事項)

- 1.マスクの着用、手洗い、手指消毒を徹底して下さい。
- 2.他の利用者の方と1m以上の距離を保つようにして下さい。
- 3.体調不良の際には、係員に報告して下さい。
- 4.1週間以内に感染リスクの高い行動 をとった方や体調のすぐれない方は、参加を控えてください。