

第4回小金井シティロゲイニング 参加者チェックシート

一人一枚、必ず事前にご記入の上、当日の受付でご提出下さい。

チームナンバー

チーム名

氏名

年齢

才

住所 〒

連絡先 携帯

自宅

当日朝の体温

度

○ イベント前2週間において以下の事項はありましたか。はい・いいえいずれかに○をつけて下さい。

- 1、平熱を越える発熱はありましたか。 は い・いいえ
- 2、咳・喉の痛み等、風邪の症状はありましたか。 は い・いいえ
- 3、だるさ（倦怠感）・息苦しさ（呼吸困難）はありましたか。 は い・いいえ
- 4、嗅覚や味覚の異常はありましたか。 は い・いいえ
- 5、体が重く感じる、つかれやすい等の症状はありましたか。 は い・いいえ
- 6、新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との接触はありましたか。 は い・いいえ
- 7、同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいますか。 は い・いいえ
- 8、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、地域等への渡航をされましたか。又は当該在住者と接触しましたか。 は い・いいえ

ご協力ありがとうございます。