＜別紙2＞

・新型コロナウイルス感染防止
参加者チェックリスト

（令和2年度6月修正版）

山梨県障害者福祉協会

○　次の項目についてYes又はNoに○を付けてください。（体温を記入する。）

①本日の体温は37．5度以上か。　Yes　No　体温：　　度　　分

②咳(セキ)、のどの痛み、頭痛などがあるか。　Yes　No

③体が重く感じたり、だるさがあるか。　Yes　No

④息苦しさ(呼吸困難)を感じるか。　Yes　No

⑤味覚や嗅覚に異常があるか。　Yes　No

⑥新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触があったか。　Yes　No

⑦同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいるか。　Yes　No

⑧「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及び地域等(以下「入国制限国」)」及び「非常事態宣言の発出されている都道府県」(以下「非常事態都道府県」)について

(1)過去14日以内に、「入国制限国」及び「非常事態宣言都道府県」への渡航又は往来をしたことがあるか。　Yes　No

(2)過去14日以内に、「入国制限国」及び「非常事態宣言都道府県」の在住者との濃厚接触があるか。　Yes　No

○上記のとおり相違ありません。また、今後2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、速やかに協会に連絡いたします。

日　付　　令和　　年　　月　　日

氏　名

年　齢

〒

住　所

電話番号

（又はFAX番号　　）

※　このチェックリストは本日の会議、研修等による新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するためのものであり、その目的以外には使用しません。
また、事業終了後概ね1カ月後で廃棄します。
ご理解とご協力をお願いします。