

健康チェックカード

参加者氏名 _____ 参加キャンプ名 _____ 組 _____

	月/日	体温 (°C)	症状の有無		備考	
記入例	10/1	36.5	<input checked="" type="checkbox"/>	該当項目 ④	なし	母：発熱 (37.8)
14日前			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
13日前			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
12日前			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
11日前			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
10日前			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
9日前			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
8日前			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
7日前			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
6日前			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
5日前			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
4日前			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
3日前			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
2日前			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
前日			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	
集合日			<input type="checkbox"/>	該当項目	なし	

※症状の有無：下記症状①～⑥をチェックし、どちらかに○をする。「あり」の場合は該当No.を記入する。

※備考：同居する家族に症状がある場合、感染者との接触がある場合等に詳細を記入する。

<症状チェック項目>

- ①のどの痛み ②せきがでる ③たんがからむ・たんがでる
 ④鼻水がでる・鼻づまりがある ⑤体がだるい・体がおもい ⑥息苦しさがある (いつもとちがう苦しさ)

当方は上記キャンプに申し込み、募集要項ならびに感染症対応ポリシー&マニュアルの内容に同意します。

また、上記の通り健康状態は問題ありませんので、未成年者は保護者の責任のもとに、成人以上の方は自己責任のもとに参加することを保証いたします。

*未成年の方は、下記の項目もお書きください。

令和2年__月__日

続柄

保護者氏名※本人直筆 _____ () 緊急連絡先 _____