

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			あり	該当項目	なし	
13日前			あり	該当項目	なし	
12日前			あり	該当項目	なし	
11日前			あり	該当項目	なし	
10日前			あり	該当項目	なし	
9日前			あり	該当項目	なし	
8日前			あり	該当項目	なし	
7日前			あり	該当項目	なし	
6日前			あり	該当項目	なし	
5日前			あり	該当項目	なし	
4日前			あり	該当項目	なし	
3日前			あり	該当項目	なし	
2日前			あり	該当項目	なし	
前日			あり	該当項目	なし	
集合日			あり	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 _____