◇新型コロナウイルス感染症予防の症状チェックリスト◇

チーム名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　令和２年　　月　　日

氏　名						
１．今日の体温は？	℃	℃	℃	℃	℃	℃
２．咳は出ていないか？	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
３．のど・頭の痛みはないか？	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
４．からだのだるさはないか？	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
５．息苦しさはないか？	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
６．嗅覚（におい）・味覚（あじ）が変ではないか？	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
７．家族に体調の悪い人がいるか？	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
８．マスクは持参しているか？	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
９．着替えを持参しているか？	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
10.飲み物を持参しているか？	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
指導者/責任者のチェック	□参加 □不参加	□参加 □不参加	□参加 □不参加	□参加 □不参加	□参加 □不参加	□参加 □不参加