

健康調査票	場所：新横浜スケートセンター
日付： 12月 20日 日曜日	アイスフラワーズ

氏名		年齢	歳
住所			
連絡先(電話番号)			

	利用前2週間における以下の事項の有無	当日
<input type="checkbox"/> 平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上） ※ 当日は会場で検温実施		°C
<input type="checkbox"/> 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状		
<input type="checkbox"/> だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)		
<input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚の異常		
<input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等		
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症陽とされた者との濃厚接触の有無		
<input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合		
<input type="checkbox"/> 過去14日以内に海外渡航歴		
<input type="checkbox"/> 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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合		
渡航国名（滞在先・経由地）		渡航期間 ~
<input type="checkbox"/> 相談記述：相談したいこと、連絡しておきたいことが有れば、記載して下さい。		
<input type="checkbox"/> 本人サイン		

記載に関して：

健康状態は、選択ボタンから有無を選択。

1か月以内に海外渡航歴がある場合は、渡航先（滞在地・経由地）を記載のこと。

健康等相談、連絡したいことが有れば、記載してください。