

ヘルスチェックシート

講習日時 令和 年 月 日 時 分～ 時 分
場所 _____

本日は救急講習にご参加いただきありがとうございます。
新型コロナウイルス感染防止のため、健康状態のチェックをお願いします。
一つでも該当する場合は、ご参加をお断りしております。
また、講習中も、咳や体調不良が見受けられる場合は、お声かけさせていただく場合がございます。

1 体調について

(1) 過去14日以内に、発熱や風邪、味覚障害の症状はありませんか？
(ある ・ ない)

(2) 過去14日以内に、息苦しさや強いだるさの症状はありませんか？
(ある ・ ない)

※花粉症等のアレルギー症状かどうか、判断がつかない場合は、
参加をお控えいただいております。

(3) 過去14日以内に、同居している方に(1)(2)の症状はありませんか？
(ある ・ ない)

2 渡航歴について

○ 過去14日以内に、ご自身・同居している方に海外への渡航歴は
ありませんか？
(ある ・ ない)

令和 年 月 日 団体名 _____
ご氏名 _____
ご連絡先 _____

※個人情報につきましては「個人情報保護法」に基づき、厳重に管理した上で適切に廃棄いたします。

ヘルスチェックシート

講習日時 令和 年 月 日 時 分～ 時 分
場所 _____

本日は救急講習にご参加いただきありがとうございます。
新型コロナウイルス感染防止のため、健康状態のチェックをお願いします。
一つでも該当する場合は、ご参加をお断りしております。
また、講習中も、咳や体調不良が見受けられる場合は、お声かけさせていただく場合がございます。

1 体調について

(1) 過去14日以内に、発熱や風邪、味覚障害の症状はありませんか？
(ある ・ ない)

(2) 過去14日以内に、息苦しさや強いだるさの症状はありませんか？
(ある ・ ない)

※花粉症等のアレルギー症状かどうか、判断がつかない場合は、
参加をお控えいただいております。

(3) 過去14日以内に、同居している方に(1)(2)の症状はありませんか？
(ある ・ ない)

2 渡航歴について

○ 過去14日以内に、ご自身・同居している方に海外への渡航歴は
ありませんか？
(ある ・ ない)

令和 年 月 日 団体名 _____
ご氏名 _____
ご連絡先 _____

※個人情報につきましては「個人情報保護法」に基づき、厳重に管理した上で適切に廃棄いたします。