

健康チェック表・同意書

受講日： 年 月 日

氏名		区分	受講者 ・ スタッフ
----	--	----	------------

以下の設問についてお答えください。

原則、以下のチェック項目の該当が全て「なし」であることが、参加条件となります。

チェック項目		該当の有無
当日の体温		() °C
現在の体調	①発熱（37.5°C以上）	あり ・ なし
	②咳、のどの痛み、鼻づまりなどの風邪症状	あり ・ なし
	③だるさ（倦怠感）や息苦しさ	あり ・ なし
	④頭痛	あり ・ なし
	⑤嘔吐、下痢など	あり ・ なし
	⑥味覚や嗅覚の異常	あり ・ なし
	⑦その他の体調不良	あり ・ なし
現在、新型コロナウイルス感染症陽性者の濃厚接触者である、またはその疑いがある。		あり ・ なし
過去10日間において新型コロナウイルス感染症の陽性と判定されたことがある。		あり ・ なし
過去10日間における上記①～⑦の症状の有無 ※		あり ・ なし

※慢性的な症状の方は主催者にご相談ください。

別紙「安全に赤十字防災セミナーを行うための事前連絡及び同意事項」をご一読のうえ、同意の可否をご判断ください。「同意」されることが参加条件となります。

上記別紙に関する同意の可否	同意する ・ 同意しない
---------------	--------------