

健康状態チェックリスト

講習日 令和 年 月 日

講習場所 _____

応急手当講習会の受講を申し込みいただきましてありがとうございます。
新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、健康状態の確認に御協力をお願いします。
一つ以上の項目で「あり」にチェックがある場合は、受講を控えてください。
このチェックリストは、記載の上、講習会当日に提出してください。

以下の項目についてチェックをお願いします。

1 発熱（平熱より高いまたは37.5度以上）

なし あり

（体温： 度 ）

2 感冒様症状

なし あり

（ 咳 頭痛 全身倦怠感 その他： ）

3 味覚・嗅覚異常、下痢

なし あり

（ 味覚 嗅覚 下痢 ）

4 2週間以内に新型コロナウイルス感染者または感染が疑われる方との接触の有無

なし あり

ご氏名 _____

ご連絡先 _____