

参加者健康調査票

野外活動施設 花背山の家

利用期間：令和 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

学校・団体名： 氏名： ( 歳)

住所： 連絡先 (Tel)：

○あてはまる箇所に☑を入れてください。

○入所時の検温で37.5℃以上の発熱がある場合は、利用の可否を相談させていただきます。

●この用紙は、入所時の検温の際に所員に渡してください。

★以下のチェック項目に1つでも該当する場合は、利用を控えてください。

症状等	2週間前～利用日の前日	利用日当日
平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	朝の体温 ( . °C)
咳、咽頭痛等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
倦怠感、呼吸困難	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
感染者との濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
家族等の同居者又は身近な知人で感染が疑われる方の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
過去14日以内において、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地域等在住者との濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

<注>チェック項目に該当する理由が新型コロナウイルス感染症疑いに当たらない場合、その内容を裏面に記入して下さい。

参加者健康調査票

野外活動施設 花背山の家

利用期間：令和 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

学校・団体名： 氏名： ( 歳)

住所： 連絡先 (Tel)：

○あてはまる箇所に☑を入れてください。

○入所時の検温で37.5℃以上の発熱がある場合は、利用の可否を相談させていただきます。

●この用紙は、入所時の検温の際に所員に渡してください。

★以下のチェック項目に1つでも該当する場合は、利用を控えてください。

症状等	2週間前～利用日の前日	利用日当日
平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	朝の体温 ( . °C)
咳、咽頭痛等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
倦怠感、呼吸困難	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
感染者との濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
家族等の同居者又は身近な知人で感染が疑われる方の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
過去14日以内において、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地域等在住者との濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

<注>チェック項目に該当する理由が新型コロナウイルス感染症疑いに当たらない場合、その内容を裏面に記入して下さい。

参加者健康調査票

野外活動施設 花背山の家

利用期間：令和 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

学校・団体名： 氏名： ( 歳)

住所： 連絡先 (Tel)：

○あてはまる箇所に☑を入れてください。

○入所時の検温で37.5℃以上の発熱がある場合は、利用の可否を相談させていただきます。

●この用紙は、入所時の検温の際に所員に渡してください。

★以下のチェック項目に1つでも該当する場合は、利用を控えてください。

症状等	2週間前～利用日の前日	利用日当日
平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	朝の体温 ( . °C)
咳、咽頭痛等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
倦怠感、呼吸困難	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
感染者との濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
家族等の同居者又は身近な知人で感染が疑われる方の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
過去14日以内において、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地域等在住者との濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

<注>チェック項目に該当する理由が新型コロナウイルス感染症疑いに当たらない場合、その内容を裏面に記入して下さい。

以下の症状等がある場合は、身近な医療機関に相談してください。休日・夜間など受診できる医療機関がない場合は「きょうと新型コロナ医療相談センター」(075-414-5487)にご相談ください。

- 「息苦しさ(呼吸困難)」、「強いだるさ(倦怠感)」、高熱等の強い症状のいずれかがある
- 発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状がある。  
※妊娠中の方、重症化しやすい方(高齢者、糖尿病、心不全、呼吸器疾患(慢性閉塞性肺疾患等)等の基礎疾患のある方、透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方)はすぐにご相談ください。
- 上記以外の方で、発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状が続いている方。  
症状が4日以上続いた場合は必ずご相談ください。

**【表面チェック項目に該当する理由(新型コロナウイルス感染症疑い以外の理由)をごちらに記入して下さい。】**

<該当する理由(病名等)>

<受診の有無：有の場合はいつ受診したか>

以下の症状等がある場合は、身近な医療機関に相談してください。休日・夜間など受診できる医療機関がない場合は「きょうと新型コロナ医療相談センター」(075-414-5487)にご相談ください。

- 「息苦しさ(呼吸困難)」、「強いだるさ(倦怠感)」、高熱等の強い症状のいずれかがある
- 発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状がある。  
※妊娠中の方、重症化しやすい方(高齢者、糖尿病、心不全、呼吸器疾患(慢性閉塞性肺疾患等)等の基礎疾患のある方、透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方)はすぐにご相談ください。
- 上記以外の方で、発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状が続いている方。  
症状が4日以上続いた場合は必ずご相談ください。

**【表面チェック項目に該当する理由(新型コロナウイルス感染症疑い以外の理由)をごちらに記入して下さい。】**

<該当する理由(病名等)>

<受診の有無：有の場合はいつ受診したか>

以下の症状等がある場合は、身近な医療機関に相談してください。休日・夜間など受診できる医療機関がない場合は「きょうと新型コロナ医療相談センター」(075-414-5487)にご相談ください。

- 「息苦しさ(呼吸困難)」、「強いだるさ(倦怠感)」、高熱等の強い症状のいずれかがある
- 発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状がある。  
※妊娠中の方、重症化しやすい方(高齢者、糖尿病、心不全、呼吸器疾患(慢性閉塞性肺疾患等)等の基礎疾患のある方、透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方)はすぐにご相談ください。
- 上記以外の方で、発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状が続いている方。  
症状が4日以上続いた場合は必ずご相談ください。

**【表面チェック項目に該当する理由(新型コロナウイルス感染症疑い以外の理由)をごちらに記入して下さい。】**

<該当する理由(病名等)>

<受診の有無：有の場合はいつ受診したか>