当日利用者全員の提出必須（不足分は複写してご使用ください）

体調管理チェックシート【当日提出用】

**※新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、ご来場の方は必ずすべての事項のご記入をお願いします。**

**当日受付にて、ご提出ください。ご提出いただけない場合は入場をお断りする場合がございます。**

**あらかじめご了承ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | 連絡先  （電話番号） |  |
| 住 所 | 〒 | 基礎疾患 | □ 有 　□ 無 |

|  |  |
| --- | --- |
| **利用当日の体温** | ℃ □ **平熱です。** |

施設使用前２週間における状況をそれぞれ「はい」「いいえ」にチェックを入れてください。

**※ 「はい」がある場合には、新型コロナウイルス感染症の感染拡大予防のため、施設利用ができませんので、御了承ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項 目 | は い | いいえ |
| 平熱を超える発熱があった | □ | □ |
| 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状があった | □ | □ |
| だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）があった | □ | □ |
| 嗅覚や味覚の異常があった | □ | □ |
| 体が重く感じる、疲れやすい等の症状があった | □ | □ |
| 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触があった | □ | □ |
| 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる | □ | □ |
| 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 | □ | □ |

以下のチェック項目を厳守するほか、関係条例並びに施行規則を厳守し適切に利用することに同意いたします。

□ マスクを着用(持参)します。（着用が難しい方を除く）

* こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施します。
* 人と人との距離（できるだけ２ｍ以上）を確保します。（障害者の誘導や介助を行う場合を除く）
* 大きな声で会話、応援等はしません。
* 消毒作業で出たゴミは自宅へ持ち帰ります。
* 施設利用後２週間以内に新型コロナウイルス感染症の発症が疑われる場合または発症した場合は、当協会 対して速やかに報告します。

個 人情報の取扱いについて

（１）ご記入いただきました個人情報は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、利用者の実態を把握することの目的のみで利用いた

します。以下の項目をご確認いただき、利用目的にご同意の上、ご署名ください。

（ ２）ご記入いただきました個人情報は、法令で定めのある場合、人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合や、公衆衛生の向上のため

に特に必要がある場合等当協会個人情報保護に関する規程に定められている場合を除き、本人の同意なしに第三者へ提供しません。

（３）当協会が保有している個人情報の開示、訂正又は削除、及び利用停止の要求があった場合には、対応いたします。

（ ４）開示・訂正等の手続き方法については、下記相談窓口までお問い合わせください。

（５）個人情報をご提供いただくことは任意ですが、ご提供いただけない場合は（１）の目的が遂行できない場合があります。

＜公益社団法人　東京都障害者スポーツ協会　事業推進課＞

〒　162-0823　東京都新宿区神楽河岸1-1　セントラルプラザ12階　（分室）TEL：03-6265-6001 FAX：03-6265-6007