

## 来場者感染対策チェック表

(お一人ずつ記入してください)

ご来場者各位

東城看護専門学校

出来るだけ、事前にご記入頂き、学校行事当日に「受付」で提出してください。(ホームページで印刷可)  
来場時の検温実施、マスクの着用と感染対策チェック表を確認後、会場へご案内します。

新型コロナウイルス感染拡大に伴い、入館の際に以下の項目について確認させていただきますので、記入にご協力をお願いします。

- ※ ご記入頂いた個人情報、新型コロナウイルス感染症拡大防止の為に利用させていただきます。(その他の目的で利用することはありません。)
- ※ 記載内容によっては、個別に確認させていただき、入館をお断りさせていただく場合があります。
- ※ 保健所の要請があった場合、提出させていただく場合があります。

行事開催日	令和 4年 5月 14日 (土)
所 属	<input type="checkbox"/> ( ) 高等学校 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 本校学生(学生氏名 ) の関係者
来 場 者 (ふりがな) 氏 名	( )
電話番号	複数名でご来場の場合、代表者1名 の連絡先のみでも結構です。 * 出席者の中から感染者が発生した場合に連絡いたします。

### チェック項目

No.	項目	有	無
1	行事開催日から10日前に遡り、以下の事項の有無	/	/
	① 37, 0度以上の発熱 (平熱が高い場合は、1℃以上の上昇)	有	無
	② 風邪症状(喉の痛み、咳、鼻汁)など	有	無
	③ 倦怠感, 頭痛, 筋肉痛, 嗅覚・味覚異常	有	無
	④ 感染者(陽性者)との接触	有	無
	⑤ 身近な人に感染が疑われる人の存在	有	無
	⑥ 外国や県外への往来、その地域から来た人との濃厚接触	有	無
	⑦ 同居家族以外の人との食事会への参加	有	無
	⑧ 感染リスクの高い行動(イベントへの出席など)	有	無
2	「マスクの適切な着用」を実践している	いいえ	はい
3	行事に出席後、3日以内に“新型コロナウイルス陽性”となった場合、速やかに本校に連絡することに同意する	いいえ	はい
4	行事当日の体調不良の有無	有	無
5	行事当日 朝の検温 (                      °C )	/	/

ご協力ありがとうございます

足りない場合は、ホームページから印刷するか、コピーしてお使いください