

梅田キッカーズ 活動参加時チェックリスト

学年	年	氏名	
日付	/ /	活動場所	

有 無

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 平熱を超える発熱がある | 検温結果 | 度 | 分 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | せき、のどの痛みなどの風邪の諸症状がある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | だるさ、息苦しさがある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 味覚、嗅覚の異常がある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 体が重く感じる、又は、疲れやすいなどの症状がある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス感染者（陽性と判断された方）との濃厚接触の疑いがある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 同居家族や身近な知人に新型コロナウイルスへの感染が疑われる方がいる | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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、地域等への渡航がある、又は、同国、地域の在住者との濃厚接触の疑いがある | | | |

梅田キッカーズ 活動参加時チェックリスト

学年	年	氏名	
日付	/ /	活動場所	

有 無

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 平熱を超える発熱がある | 検温結果 | 度 | 分 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | せき、のどの痛みなどの風邪の諸症状がある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | だるさ、息苦しさがある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 味覚、嗅覚の異常がある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 体が重く感じる、又は、疲れやすいなどの症状がある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス感染者（陽性と判断された方）との濃厚接触の疑いがある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 同居家族や身近な知人に新型コロナウイルスへの感染が疑われる方がいる | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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、地域等への渡航がある、又は、同国、地域の在住者との濃厚接触の疑いがある | | | |

梅田キッカーズ 活動参加時チェックリスト

学年	年	氏名	
日付	/ /	活動場所	

有 無

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 平熱を超える発熱がある | 検温結果 | 度 | 分 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | せき、のどの痛みなどの風邪の諸症状がある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | だるさ、息苦しさがある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 味覚、嗅覚の異常がある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 体が重く感じる、又は、疲れやすいなどの症状がある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス感染者（陽性と判断された方）との濃厚接触の疑いがある | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 同居家族や身近な知人に新型コロナウイルスへの感染が疑われる方がいる | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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、地域等への渡航がある、又は、同国、地域の在住者との濃厚接触の疑いがある | | | |