

新型コロナウイルス感染防止健康チェックシート

体験プログラム名： _____ 学校名： _____ インストラクター氏名： _____

健康をチェックした日時を記載し、体温を計測するとともに該当する症状に○印をつけてください。

| 区 分 | 体験実施前日 | 体験実施当日 | 体験実施日の2週間前から前々日までの体調 |
|----------|--------|--------|--|
| チェック日時 | 日 時 | 日 時 | 体験実施日の2週間前から前々日までに 37.5 度以上の発熱や左記の症状が現れた場合は、日付、症状、経過や医療機関の受診状況などをご記入ください。 |
| 体温（計測数値） | 度 分 | 度 分 | |
| 悪寒 | あり・なし | あり・なし | |
| 筋肉痛 | あり・なし | あり・なし | |
| 頭痛 | あり・なし | あり・なし | |
| 乾いた咳 | あり・なし | あり・なし | |
| くしゃみ | あり・なし | あり・なし | |
| 鼻水・鼻づまり | あり・なし | あり・なし | |
| 喉の痛み | あり・なし | あり・なし | |
| 息苦しい | あり・なし | あり・なし | |
| 胸が痛い | あり・なし | あり・なし | |
| 腹痛 | あり・なし | あり・なし | |
| 下痢 | あり・なし | あり・なし | |
| 吐き気・嘔吐 | あり・なし | あり・なし | |
| 臭いを感じない | あり・なし | あり・なし | |
| 味を感じない | あり・なし | あり・なし | |

緊急性が高い13の症状のチェックリスト（該当する症状に○印をつけてください。）

| 区 分 | 体験実施前日 | 体験実施当日 | 体験実施日の2週間前から前々日までの体調 |
|---------------------|--------|--------|----------------------|
| 【表情・外見】 | | | |
| 顔色が明らかに悪い | あり・なし | あり・なし | |
| 唇が紫色になっている | あり・なし | あり・なし | |
| いつもと違う、様子がおかしい | あり・なし | あり・なし | |
| 【息苦しさなど】 | | | |
| 息が荒くなった(呼吸数が多くなった) | あり・なし | あり・なし | |
| 急に息苦しくなった | あり・なし | あり・なし | |
| 生活をしていて少し動くと息苦しい | あり・なし | あり・なし | |
| 胸の痛みがある | あり・なし | あり・なし | |
| 肩で息をしている | あり・なし | あり・なし | |
| 突然(2時間以内)ゼーゼーしはじめた | あり・なし | あり・なし | |
| 【意識障害など】 | | | |
| ぼんやりしている(反応が弱い) | あり・なし | あり・なし | |
| もうろうとしている(返事がない) | あり・なし | あり・なし | |
| 脈がとぶ、脈のリズムが乱れる感じがする | あり・なし | あり・なし | |

※体験活動中に上記の症状が現れた場合はすぐに事務局に伝えてください。