

体験教室チェックシート(保護者・関係者用)

番号

実施日	令和 年 月 日
ふりがな	性別 年齢 生年月日
氏名	男・女 S H 年 月 日

※以下の各問について、該当する項目に✓をしてください。また、必要に応じて当てはまる項目に○をつける又は記載してください。
参加者本人が記入してください。

1 新型コロナウイルス感染症対策に関する以下のチェック項目について確認してください。

《参加前2週間において》

※問題がなければチェック欄に✓を記入してください。

〈チェック欄〉

ア	発熱や風邪等の症状、嗅覚や味覚等の異常がない	
イ	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ない	
ウ	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない	
エ	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る国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がない	

2 日頃の健康状態についてお答えください。

① 今までに運動中に次の症状を起こしたり感じたりすることはありますか ☐ ある ☐ ない

→「ある」場合は下の該当項目に○をつけてください。

[失神・意識障害・呼吸困難・胸の痛み・不整脈・動悸(どうき)・めまい・痙攣(けいれん)・息切れ]

3 本日の健康状態についてお答えください。

① 現在の体温 _____ °C (会場入場時に検温して、スタッフが記入いたします)

② 今日の体調 良好 ・ 普通 ・ 悪い _____

③ 上記の質問以外に気になることはありますか? ☐ ある ☐ ない

「ある」場合: _____

以上の質問についての回答に相違ないことを確認した上で、ボクシング教室に参加することに同意します。

本人署名

注意事項 上記以外の内容で体調不良等がある場合や体験教室実施中に体調が悪くなった場合は、近くのスタッフまで申し出てください。