

# 神戸市立ポートアイランドスポーツセンター 入館時チェックリスト

入館日 20 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分

団体名・代表者名	
団体住所	〒
連絡先(電話番号)	( ) -
利用する施設(いずれかに○)	25mプール ・ 50mプール ・ スケート

## 入館者全員の情報を記入願います

入館者(名前・年齢)	( ) 才)	( ) 才)	( ) 才)	( ) 才)
体温	℃	℃	℃	℃
チェック項目(利用前2週間における以下の項目について、はいかいいえでお答えください。ひとつでも該当する場合、入館をお断りいたします。)	マスクの持参 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	マスクの持参 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	マスクの持参 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	マスクの持参 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
・平熱を超える発熱がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・せき、のどの痛みなど風邪の症状はありましたか				
・だるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)を感じましたか				
・嗅覚や味覚の異常を感じましたか				
・体が重く感じる疲れやすいといったことはありましたか				
・新型コロナウイルス感染症陽性者との接触はありましたか				
・同居家族や身近な知人に感染が疑われる人はいますか				
・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、地域等への渡航または、当該在住者との接触はありましたか				

※新型コロナウイルス感染症が当該施設にて発生した場合に備え、利用者の個人情報を収集し、適正に保管いたします。