

神戸市立ポートアイランドスポーツセンター スケート団体チェックシート

入館日 月 日 () 時 分 ~ 時 分

| | |
|-------------|--|
| 団体名・代表者名・体温 | |
| 団体住所 | |
| 連絡先 (Tel) | |

| 入館者 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温 | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ |
| 年齢 (定期券での利用の方・教室を受講されたことがある方は記入は不要です) | 才 | 才 | 才 | 才 | 才 | 才 | 才 | 才 |
| チェック項目 (入館前2週間における以下の項目について,お答えください。 ひとつでも該当する場合、入館を禁止いたします) | マスクしている <input type="checkbox"/> (<input checked="" type="checkbox"/> してください) |
| ・平熱を超える発熱がありましたか | はい いいえ |
| ・せき、のどの痛みなど風邪の症状がありましたか | | | | | | | | |
| ・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施設で発生した場合に備え、利用者の個人情報を収集し、適正に保管します。