

## 1. 現在の状況について教えてください。

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| (1) 体温 _____ 度<br>平熱より高い体温である、あるいは体温が37.0°C以上ですか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| (2) 咳、呼吸困難 ありますか？                                | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| (3) 全身倦怠感 ありますか？                                 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| (4) 咽頭痛 ありますか？                                   | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| (5) 鼻汁、鼻閉 ありますか？                                 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| (6) 頭痛 ありますか？                                    | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| (7) 関節痛、筋肉痛 ありますか？                               | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| (8) 下痢 ありますか？                                    | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| (9) 嘔気、嘔吐 ありますか？                                 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| (10) 味覚障害、嗅覚障害 ありますか？                            | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

## 2. これまでの状況について教えてください。

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| (1) 過去14日以内に発熱（平熱より高い体温、あるいは体温が37.5°C以上を目安とする。）があった。                       | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| (2) 過去14日以内に、厚生労働省が「健康状態に異常のない方も含め、自宅などで入国の次の日から起算して14日間待機」を求める国・地域から入国した。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| (3) 新型コロナウイルスの患者に濃厚接触の可能性があり、待機期間内（自主待機も含む。）である。                           | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

※主催者が定めた基準に該当する場合やコース世話人医師等が、新型コロナウイルス感染症の可能性があると判断した場合などはコースに参加できません。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_