

健康チェックシート

管理番号：	記載日： 年 月 日
ご来場内容： FISCO活化講習・体験走行イベント名：（ ）	受付者名：
体験走行オプション（ストレート記念撮影、ショートサーキット体験走行、場内見学ツアー）	

太枠のところに記入をお願いいたします。

氏名：	性別： 男 ・ 女	年齢： 才
住所（注：市町村までご記入ください。）： 都・道 市・区 府・県 町・村・郡	電話： - -	

1. 来場当日の状況

来場日	体温	寒気	咳	痰	だるさ	息苦しさ
月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

2. 前日までの身体状況

■ 37.5℃以上が4日以上持続

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	持続期間： 月 日 ~ 月 日
-----------------------------	------------------------------	-----------------

■ 今まで経験したことのない強いだるさ

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	持続期間： 月 日 ~ 月 日
-----------------------------	------------------------------	-----------------

■ 発熱はないが咳がある

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	持続期間： 月 日 ~ 月 日
-----------------------------	------------------------------	-----------------

■ 発熱はないが鼻水がある

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	持続期間： 月 日 ~ 月 日
-----------------------------	------------------------------	-----------------

■ 息苦しさが続いている

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	持続期間： 月 日 ~ 月 日
-----------------------------	------------------------------	-----------------

■ 現在治療中の疾患

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	病名：
-----------------------------	------------------------------	-----

3. 来場前からの行動履歴

■ 渡航歴

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	渡航先：	帰国日： 月 日
-----------------------------	------------------------------	------	----------

■ 発熱者や風邪症状を有する者との濃厚接触（長時間・至近距離）

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	場所：	接触日： 月 日
-----------------------------	------------------------------	-----	----------

<個人情報について>

ご記入いただきました個人情報は、新型コロナウイルス感染拡大防止のためだけに使用させていただきます、弊社施設のご利用日から1ヵ月後をめどに確実に廃棄いたします。

評価：
評価医師名：
対応： 自宅・外部搬送・感染症指定医療機関・その他（ ）