|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ボランティア参加者チェックシート****※ボランティア活動当日の体調を記入し、受付に渡してください。**活動日　　　　　　　月　 　　日 氏　名

|  |  |
| --- | --- |
| ・体　温 |  |
| ・現在解熱剤を服用している | はい　・　いいえ |
| ・息苦しさがある | はい　・　いいえ |
| ・咳やのどの痛みがある | はい　・　いいえ |
| ・味覚や嗅覚の異常がある | はい　・　いいえ |
| ・体がだるい | はい　・　いいえ |
| ・２週間以内に県外への移動履歴がある | はい ・　いいえ県名：　　　　　　　月　　　日～　　月　　日 |
| ・２週間以内に海外への渡航履歴がある | はい ・　いいえ国名：　　　　　　　月　　　日～　　月　　日 |
| ・２週間以内に新型コロナウイルス陽性者と接触がある | はい　・　いいえ |
| ・２週間以内に濃厚接触者として自宅待機している方と接触がある | はい　・　いいえ |

 |

＊活動後や帰宅後等に体調不良や熱発等、新型コロナウイルス感染の疑いが見受けら

れた場合は必ず大崎市社会福祉協議会（０２２９－２１－０５５０）へご連絡下さ

いますようお願いいたします。