

キッズ・サポート・プログラム(障がい児運動・あそびの広場)における 新型コロナウイルス感染症対策について

キッズ・サポート・プログラムの開催にあたり、当協会では、新型コロナウイルス感染拡大防止について以下の対応・対策を行っております。何卒ご理解・ご協力のほどよろしくお願いいたします。

■参加される前に

以下の事項に該当する場合は、参加ができませんので、ご了承ください。

- 体調が優れない場合（感染および感染が疑われる以下の症状がある場合）。
 - 平熱を超える発熱 ● 咳 ● のどの痛み ● 倦怠感(だるさ) ● 息苦しさ ● 嗅覚や味覚の異常
- 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合。
- 開催日前14日以内で、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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合。

■当日の対策について


当日は以下の項目についてご理解・ご協力をお願いします。

- 他の参加者や運営事務局、スタッフとの間隔は極力密にならないようにご協力ください(ソーシャルディスタンスの確保)。
- 必要以外の会話、大きな声での会話はできるだけお控えください。
- 当日はマスクを持参し、活動中は必ずご着用ください。(障害者の誘導や介助を行う場合を除く)
- 咳エチケットやこまめな手洗い・手指消毒等にご協力ください(特に遊びの後は手洗い・手指消毒の徹底を)。手指消毒用のアルコールを準備いたします。入室時等は必ずご使用ください。
- 会場の換気実施にご協力ください。
- 当日、受付での検温にご協力ください。
- 参加前7日間の体調チェックシートをご記入いただき、必ず受付でのご提出をお願いします。
- ごみはその日のうちに必ずお持ち帰りください。放置、会場へ捨てるなどの行為は禁止とします。
- 体調が優れない場合、会場にて入場をお断りする場合があります。
- 感染防止のために主催者が決めたその他の措置の遵守、主催者の指示に従ってください。

■終了後について

- キッズ・サポート・プログラム終了後、14日以内に感染および感染が疑われる症状が発生した場合は、速やかに事務局までご連絡ください。また、接触確認アプリ 厚生労働省推進の新型コロナウイルス接触確認アプリ(COCOA)の活用を推奨します。

お問合せ先
一般社団法人宮城県障害者スポーツ協会
TEL:022-257-1005/FAX:022-257-1062
e-mail:kensupo1988@poplar.ocn.ne.jp

★7日前からの体調をチェック  当日提出

別紙

体調チェックシート

氏名: _____ 連絡のつく電話番号 _____

(所属: _____)

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、当日の体調まで記入し、受付時に必ずご提出ください。

< 症状リスト >

- ① 平熱を超える発熱 ② 咳 ③ のどの痛み ④ 倦怠感(だるさ) ⑤ 息苦しさ
⑥ 嗅覚や味覚の異常 ⑦ その他(具体的症状は各日の欄にご記入ください)

1) 開催日前7日前までと開催日の体調を記入してください。

主催者チェック欄

記入日	体温	体調	不調の場合の具体的症状 上記 症状リストの番号 ①～⑦をご記入ください。	記入日	体温	体調	不調の場合の具体的症状 上記 症状リストの番号 ①～⑦をご記入ください。
/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		開催日 / 計測時間 :	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調					
/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調					

2) 開催日前14日以内について、以下の質問にお答えください。

主催者チェック欄

質問	回答
新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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濃厚接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

3) その他、気になる点や伝えたいこと等がありましたら、ご記入ください。

主催者チェック欄

記入内容は当該、キッズ・サポートのみにおいて活用いたします(書類は1ヶ月保管した後、破棄致します。)

万が一の場合、行政機関等へ提出し情報提供することを予めご了承ください。
ご協力ありがとうございました。