

健康チェック表

記入日： 年 月 日

フリガナ		ゼッケンNo. チーム名	
お名前			
生年月日	年 月 日	性別	男性 ・ 女性
ご住所	〒 ー		
電話番号			

●7日間以内における以下の事項の有無

平熱を越える発熱	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
----------	-----------------------------	-----------------------------

咳（せき）・喉の痛み	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
------------	-----------------------------	-----------------------------

体が重く感じる・疲れやすい等	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
----------------	-----------------------------	-----------------------------

だるさ（倦怠感）・息苦しさ（呼吸困難）	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
---------------------	-----------------------------	-----------------------------

嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
----------	-----------------------------	-----------------------------

新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との接触	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
--------------------------	-----------------------------	-----------------------------

過去7日以内に政府から入国制限、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	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
--	-----------------------------	-----------------------------

※ご記入いただきました内容に関しては厳重に保管いたしますが、参加者・大会関係者から感染が発覚した場合には、保健所、市、県等に報告し、感染拡大を防止するために使用する場合がございます。

※スポーツ庁のガイドラインより一部抜粋して作成しております。