

健 康 チェ ッ ク シ ー ト

この健康チェックシートは、大会における感染発生時、関係機関への提出をお願いする場合があります。
記入の際には、本人に承諾を得てから、健康チェックシートへの記入をお願いいたします。

				記入日 令和2年 月 日
チーム名				(男子 ・ 女子)
代表者	氏名		連絡先	TEL :
				メールアドレス :

体育館検温時の体温を記入し、該当する項目に○を記入する。発熱および項目に該当した人は参加できません。

氏 名	体温	風邪の 症状※1	だるさ 息苦しさ	味覚嗅覚 の異常	感染者と 濃厚接触※2	同居家族等 感染疑い※3	海外渡航 ※4
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						
	℃						

- ※1 せき、のどの痛み等
- ※2 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がある。
- ※3 同居家族や身近な知人に感染が疑われる者がいる。
- ※4 過去 14 日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が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。
- ※5 チーム関係者とは、選手以外のコーチなどのスタッフ、家族等同行者全員となります。
- ※6 記入欄が足りない場合、複数枚にわたって作成してください。

※必ず全員の検温、記載をお手数ですがよろしくお願い致します。