

体調管理チェックシート

記入日：令和4年 月 日

フリガナ		ゼッケンNo.	
お名前			
生年月日(西暦)	年 月 日	性別	男性 ・ 女性
ご住所	〒 ー		
電話番号		大会当日の体温	() °C

**注意) 大会当日に検温しますので、
朝6時30分までに受付までお越しください。
なお、大会当日の体調に異常がある方は、
ご参加いただけません。**

●大会1週間前(8月21日)から、以下の事項の有無をお伺いします。

また、大会終了2週間後(9月11日)まで健康観察を行い、新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、大会事務局までご連絡ください。

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
------------	-----------------------------	-----------------------------

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10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しますが、参加者及び大会関係者から感染者が発覚した場合には、保健所等に報告し、感染拡大を防止するために使用する場合があります。