

健康チェックシート

記入日： 年 月 日

フリガナ		ゼッケンNo.	
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日以内における以下の事項の有無

37.5度を越える発熱	<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させていただきます。

※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。