

健康チェックシート

(※チーム代表者は、報告をチーム毎に一覧表にとりまとめて監督会議または受付で提出すること。) 大会当日、これを基に報告し『競技会場別 参加者健康確認一覧表』へ代表者が記入してください。

[大会前1週間] 症状に関して、アレルギーは除く

・該当に○印をご記入ください。(体温は0.1℃単位まで記入をしてください。)

日付	9/18	9/19	9/20	9/21	9/22	9/23	9/24	9/25
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
のどの痛み	有	有	有	有	有	有	有	有
咳(せき)が出る	有	有	有	有	有	有	有	有
痰がからむ	有	有	有	有	有	有	有	有
体のだるさ	有	有	有	有	有	有	有	有
発熱の症状	有	有	有	有	有	有	有	有
息苦しさ	有	有	有	有	有	有	有	有
味覚異常(味がしない)	有	有	有	有	有	有	有	有
嗅覚異常(匂いがしない)	有	有	有	有	有	有	有	有
新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触がある								
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる								

[大会後1週間]

日付	9/26	9/27	9/28	9/29	9/30	10/1	10/2	10/3
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
のどの痛み	有	有	有	有	有	有	有	有
咳(せき)が出る	有	有	有	有	有	有	有	有
痰がからむ	有	有	有	有	有	有	有	有
体のだるさ	有	有	有	有	有	有	有	有
発熱の症状	有	有	有	有	有	有	有	有
息苦しさ	有	有	有	有	有	有	有	有
味覚異常(味がしない)	有	有	有	有	有	有	有	有
嗅覚異常(匂いがしない)	有	有	有	有	有	有	有	有
新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触がある								
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる								

大会を安心して実施していく為、1週間前から健康チェックシートの記入にご協力をお願いします

氏名		連絡先		競技名 所属名	() 市
----	--	-----	--	------------	-------

● この健康チェックシートは大会会場入場の際に入口受付にて提示をお願いいたします。