

# 健康チェック表

記入日： 年 月 日

|      |       |                 |         |
|------|-------|-----------------|---------|
| フリガナ |       | ゼッケンNo.<br>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 |       | 大会当日の体温         | ( ) °C  |

## ●10日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 |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|

|                     |                             |                             |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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。