

健康チェックシート（大会 2 日目以降）

記入日 月 日

名前 _____

所属郡市 ()

住所 _____

電話番号 _____

(※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください)

以下の項目に記入をお願いします。

※過去 1 4 日間の体調も踏まえて、本日の体調及び状況についてお答えください。

		体温	°C
健康 調 査	①のどの痛みがある	有	・ 無
	②咳（せき）が出たり、痰（たん）がでたり、からんだりする	有	・ 無
	③鼻水、鼻づまりがある※アレルギーを除く	有	・ 無
	④頭が痛い	有	・ 無
	⑤息苦しさがある	有	・ 無
	⑥だるさ（倦怠感）がある	有	・ 無
	体が重く感じる、疲れやすい	有	・ 無
	⑦味覚異常・嗅覚異常がある	有	・ 無
行 動 調 査	⑧新型コロナウイルスに感染（陽性）された方と濃厚接触※1がある	有	・ 無
	⑨同居家族や身近な知人に感染者、感染が疑われる方がいる	有	・ 無
	⑩政府から入国制限、入国後の観察時期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	有	・ 無

●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出をお願いいたします。

●この健康チェックシートは一定期間保管した後、破棄します。