

健康調査票

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、事前にすべてご記入の上、大会当日受付に必ず提出をお願い致します。

内容によっては、参加をお断りする場合がありますので、予めご了承ください。

1. 参加者情報及び参加当日の体温

お名前 _____ 年齢 _____ 歳
電話番号 _____
ご住所 _____

本日の体温	本日の体調
_____ °C	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調

2. 開催日前 7 日以内について、以下の質問にお答えください。

質問	回答
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はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
以下のリストに該当する症状はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

症状リスト(上記ではいと回答した場合は、○を付けてください)

- ①平熱を超える発熱 ②咳 ③のどの痛み ④倦怠感(だるさ) ⑤息苦しさ
⑥味覚や嗅覚の異常 ⑦その他()

3. その他気になる点などありましたらご記入ください。

--

※ご記入いただいた内容は新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、参加者の健康状態の把握、開催・参加可否の判断および必要な連絡調整のために使用します。

なお感染者またはその疑いがある方が発見された場合には、必要な範囲で保健所・行政機関などに情報を提供することがありますことを予めご了承ください。