

健康チェック表

記入日： 年 月 日

フリガナ		ゼッケン No,	
お名前			
生年月日		性別	男性 ・ 女性
ご住所	〒 -		
電話番号			

● 7日以内における以下の事項の有無

37.5℃を超える発熱	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
-------------	-----------------------------	-----------------------------

喉（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	<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人との接触	<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	<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個人情報保護法等の法令に基づき事務局の責任において適正に管理します。

※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、県等に報告する場合がありますので予めご了承ください。

※本チェック表は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。