

健康確認チェック表

氏名		年齢	
住所			
連絡先	(自宅)		
	(携帯)		

・日時:令和 年 月 日 (曜日)

・スポーツ講習

(卓球 ・ バスケットボール ・ バレーボール ・ サッカー)

・問診票(当てはまる口に✓を記入してください。)

◎内容は現在および2週間以内のことについて記入してください。

本日の体温	℃	
平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/> あり(℃)	<input type="checkbox"/> なし
咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり(症状:)	<input type="checkbox"/> なし
だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/> あり(症状:)	<input type="checkbox"/> なし
嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり(症状:)	<input type="checkbox"/> なし
体を重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり(症状:)	<input type="checkbox"/> なし
新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
過去14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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

※「スポーツイベント開催・実施時の感染防止スポーツイベント開催・実施時の感染防止策チェックリスト(参加者向け)」の内容を遵守して活動します。

(自署)

自署が難しい場合は代筆可。

主催者チェック欄

--