

健康チェックシート（大会名： \_\_\_\_\_ ）

日時	月 日 時 分
お名前	(選手・応援)
連絡先	
体温	°C

マスクの着用       手指の消毒

過去2週間における以下の事項の有無	
平熱を超える発熱	有・無
せき、ノドの痛みなど風邪の症状	有・無
だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	有・無
臭覚や味覚の異常	有・無
体が重く感じる、疲れやすい等	有・無
新型コロナウイルス感染症陽性とされたものとの濃厚接触	有・無
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合	有・無
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、地域などへの渡航または当該在住者との濃厚接触がある場合	有・無
* 1項目でも「有」がある場合は、入場できません。	

参加者が未成年の場合

保護者またはチーム代表者の氏名： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

\* 本健康チェックシートは、本大会において新型コロナウイルス感染拡大防止のために、参加者の健康状態を確認することを目的としており、記入いただいた個人情報については、厳正なる管理のもとに保管し、来場の可否および必要な連絡のためのみに利用します。また、大会実施会場にて感染者患者またはその疑いのある方が発見された場合に必要範囲で保健所等に提供することがあります。