

14 日間健康チェックシート

チーム名 _____

氏名 _____ 連絡先(電話番号) _____

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、以下の項目を記入し大会当日にチーム内で確認、保管してください。

対象は、選手・スタッフだけでなく大会に見られる保護者やお子様、OG も含みます。

大会当日に本部へ提出する必要は有りませんが、万が一の場合、行政機関等へ情報提供することが生じた場合は、同意の上で至急提供していただくことをご了承願います。

症状リスト

- ①平熱を超える発熱 ②せき、のどの痛みなど風邪の症状 ③だるさ、息苦しさ
 ④味覚や嗅覚の異常 ⑤体が重く感じる、疲れやすい
 ⑥その他（具体的症状は各日の欄に記入してください。）

(1) 大会 14 日前までの体温、体調を記入してください。

記入日	起床時 体温	体調	不調の症状 上記症状リストの 番号①～⑥を記入	記入日	起床時 体温	体調	不調の症状 上記症状リストの 番号①～⑥を記入
	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調			℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調			℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調			℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調			℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調			℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調			℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調			℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調			℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	

(2) 大会前 14 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かとの濃厚接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
同居している人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
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、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

ご協力ありがとうございました。