

種目名 ( )

## 健康チェックシート (案)

記入日 月 日

名前

住所

電話番号

(※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください)

以下の項目に記入をお願いします。

※過去 1 4 日間の体調も踏まえて、本日の体調及び状況についてお答えください。

健康調査	体温	℃
	①のどの痛みがある	有 ・ 無
②咳（せき）が出たり、痰（たん）がでたり、からんだりする	有 ・ 無	
③鼻水、鼻づまりがある※アレルギーを除く	有 ・ 無	
④頭が痛い	有 ・ 無	
⑤息苦しさがある	有 ・ 無	
⑥だるさ（倦怠感）がある	有 ・ 無	
体が重く感じる、疲れやすい	有 ・ 無	
⑦味覚異常・嗅覚異常がある	有 ・ 無	
行動調査	⑧新型コロナウイルスに感染（陽性）された方と濃厚接触 ※1がある	有 ・ 無
	⑨同居家族や身近な知人に感染者、感染が疑われる方がいる	有 ・ 無
	⑩海外渡航（※2）	有 ・ 無

※1 濃厚接触とは、「新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と 1 m 程度以内で 15 分以上接触があった場合」と定義します。

※2 政府から入国制限、入国後の観察時期が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がある

★この健康チェックシートは当日、受付に提出してください。

★この健康チェックシートは、大会終了後一定期間（2 週間）保管した後、破棄します。