

健康チェックシート

記入日： 年 月 日

| | | | |
|------|-------|---------|---------|
| フリガナ | | ゼッケンNo. | |
| お名前 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男性 ・ 女性 |
| ご住所 | 〒 ー | | |
| 電話番号 | | | |

| | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| ①コロナウィルス予防接種を2回以上を完了している (最終接種日から14日以上経過している) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ②PCR検査(大会当日の3日前に実施が必要)もしくは 抗原検査(大会前日に実施が必要)で当日の陰性が証明できる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

※①に該当する方は、②は必要ありません

●14日以内における以下の事項の有無

| | | |
|----------|-----------------------------|-----------------------------|
| 平熱を越える発熱 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
|----------|-----------------------------|-----------------------------|

| | | |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 咳(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(呼吸困難) | <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者との接触 | <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場合 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 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がある場合 | <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厳重に保管いたしますが、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、県等に報告し、感染拡大を防止するために使用させていただきます。

※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。