

<体調管理チェックシート>

(必ず、自署してください)

日付： 年 月 日

大会名： _____

種目： _____

選手氏名： _____

帯同者名： _____

当日朝の選手の体温： _____ 度

当日朝の帯同者の体温： _____ 度

住所： _____

連絡先(携帯電話番号)： _____

※大会前2週間における以下の事項について、有無のご記入をお願い致します。

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ① 咳、のどの痛みなど風邪の症状 | 有 | ・ | 無 |
| ② 平熱を超える発熱 | 有 | ・ | 無 |
| ③ 味覚・嗅覚の異常 | 有 | ・ | 無 |
| ④ 体のだるさ、重く感じる、疲れ易さ | 有 | ・ | 無 |
| ⑤ 胸痛、息苦しさ | 有 | ・ | 無 |
| ⑥ 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 | 有 | ・ | 無 |
| ⑦ 同居する家族や身近な人に感染が疑われる方 | 有 | ・ | 無 |
| ⑧ 過去2週間以内に政府から入国制限、
入国後の経過観察を必要とされている
国、
地域への渡航または当該在住者との濃
厚接触 | 有 | ・ | 無 |

※上記項目に1つでも「有」にあはまる場合、試合の参加をお控えください