

健康チェックシート

※毎回、試合ごとに日付を記入し、2週間分の体温を測定してください。

<基本情報>

チーム名		代表者 連絡先	
フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日
氏名		電話番号	
		Eメール アドレス	

<大会当日までの体温>

※事業実施の初日(基準日)→ 5/17(月)

日付	起床時体温	日付	起床時体温	日付	起床時体温	日付	起床時体温
	℃		℃		℃		℃
	℃		℃		℃		℃
	℃		℃		℃		℃
	℃		℃		℃		℃

<大会前2週間における健康状態> ※該当するものに「✓」を記入してください。

チェック項目	チェック欄
① 平熱を超える発熱がない	
② 咳（せき）、のどの痛みなどの 風邪症状がない	
③ だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がない	
④ 臭覚や味覚の異常がない	
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等がない	
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がない	
⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない	
⑧ 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間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ない	
⑨ その他、気になること（以下に自由記述）	