

健康調査票

大会名	6級女子ミニマムチャレンジ
-----	---------------

登録番号	所属															大会
氏名					年齢											歳
住所																
連絡先(電話番号)																
月/日	14日前	13日前	12日前	11日前	10日前	9日前	8日前	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	当日	
	8/16	8/17	8/18	8/19	8/20	8/21	8/22	8/23	8/24	8/25	8/26	8/27	8/28	8/29	8/30	
<input type="checkbox"/> 体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
<input type="checkbox"/> 咳(せき)、のどの痛みなど 風邪の症状																
<input type="checkbox"/> だるさ(倦怠(けんたい)感)、 息苦しさ(呼吸困難)																
<input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚の異常																
<input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい 等																
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症陽 とされた者との濃厚接触の有無																
<input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 過去14日以内に海外渡航歴																
渡航国名(滞在先・経由地)											渡航期間	~				
相談記述：相談したいこと、連 絡しておきたいことが有れば、 記載して下さい。																
<input type="checkbox"/> 本人サイン																

記載に関して：

体温は計測の数値を記入。

健康状態は、選択ボタンから有無を選択。(プリントアウトした場合は、有り(O)、無し(X)を記入。)

1か月以内に海外渡航歴がある場合は、渡航先(滞在地・経由地)を記載のこと。

健康等相談、連絡したいことが有れば、記載してください。