

健康調査票

大会名	
-----	--

該当に○	選手	コーチ	保護者	大会役員
------	----	-----	-----	------

登録番号			所属														
氏名				年齢	歳												
住所																	
連絡先	tel:				email:												
2021年			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
月/日																	
曜日																	
<input type="checkbox"/> 体温 (°C)			°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。小数点1桁まで。

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 (○)、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。