

健康調査票

大会名	令和2年新潟近県フィギュアスケート競技会
-----	----------------------

登録番号	所属														大会期間中				
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	初日	2日目	3日目	4日目	
□体温()	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
□咳(せき)、のど痛みなど、 邪の症状																			
□たさ状(倦怠(けんたい)感)、 息さ(呼吸困難)																			
□嗅覚や味覚の異常																			
□体が重く感じ、 疲れやすい等																			
□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																			
□同居家族や身近な知人に感染 が疑われる方がいる場合																			
□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																			
□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。																			
□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。