

健康調査票

大会名 令和3年新潟県スケート連盟会長杯フィギュアスケート大会

登録番号			所属														
氏名				年齢	歳												
住所																	
連絡先(電話番号)																	
																大会期間中	
月/日	14日前 4/10(土)	13日前 4/11(日)	12日前 4/12(月)	11日前 4/13(火)	10日前 4/14(水)	9日前 4/15(木)	8日前 4/16(金)	7日前 4/17(土)	6日前 4/18(日)	5日前 4/19(月)	4日前 4/20(火)	3日前 4/21(水)	2日前 4/22(木)	1日前 4/23(金)	初日 4/24(土)	2日目	
<input type="checkbox"/> 体温																	
<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。

2週間以内に上記項目に1つでも「有り(O)」があった場合、施設に入場できません。