

# 健康調査票

大会名	第6回福井県フィギュアスケート競技会
-----	--------------------

登録番号				所属			
氏名				年齢	歳		
住所							
連絡先(電話番号)							

	14日前	13日前	12日前	11日前	10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	大会当日
月/日	11/29	11/30	12/1	12/2	12/3	12/4	12/5	12/6	12/7	12/8	12/9	12/10	12/11	12/12
<input type="checkbox"/> 体温	°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。

健康調査票は大会当日、受付にご提出ください。