

健康調査票

大会名	全大阪IIフィギュアスケート選手権大会
-----	---------------------

参加区分 ※○をつけてください			
Nr A	Nr B	Jr選手権	選手権
保護者	インストラクター	運営STAFF	

登録番号	所属															大会期間中			
氏名	年齢		歳		※保護者の場合は選手名をを記載して下さい（ ）														
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	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		
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						
□体温 ( °C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C		
□咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状																			
□だるさ(倦怠(けんたい)感)、息さ(呼吸困難)																			
□嗅覚や味覚の異常																			
□体が重く感じる、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 (○)、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。