

健康調査票	大会名	令和3年度 茨城県フィギュアスケート選手権大会
-------	-----	-------------------------

登録番号		所属	
氏名		年齢	
住所			
連絡先(電話番号)			

	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
月/日	2/5(土)	2/6(日)	2/7(月)	2/8(火)	2/9(水)	2/10(木)	2/11(金)	2/12(土)	2/13(日)	2/14(月)	2/15(火)	2/16(水)	2/17(木)	2/18(金)	2/19(土)
□体温															
□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															

※初日の日付を入力してください

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。

健康調査票は大会前日、受付にご提出ください。

茨城県スケート連盟