

健康調査票

大会名	サイニチホールディングス杯 第7回 彩の国Springフィギュアスケート競技会
-----	---

登録番号	所属		
氏名			年齢
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
	4/19(火)	4/20(水)	4/21(木)	4/22(金)	4/23(土)	4/24(日)	4/25(月)	4/26(火)	4/27(水)	4/28(木)	4/29(金)	4/30(土)	5/1(日)	5/2(月)	5/3(火)	5/4(水)	5/5(木)
<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。

健康調査票は大会前日、受付にご提出ください。