

健康調査票

大会名 令和3年新潟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)															大会期間中				
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			
	11/27(土)	11/28(日)	11/29(月)	11/30(火)	12/1(水)	12/2(木)	12/3(金)	12/4(土)	12/5(日)	12/6(月)	12/7(火)	12/8(水)	12/9(木)	12/10(金)	12/11(土)	12/12(日)			
<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)、息苦しさ(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。