

健康調査票

大会名	第43回北陸フィギュアスケート競技大会
-----	---------------------

登録番号	所属															大会期間中				
氏名	年齢		歳																	
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					
	3/26	3/27	3/28	3/29	3/30	3/31	4/1	4/2	4/3	4/4	4/5	4/6	4/7	4/8	4/9					
<input type="checkbox"/> 体温	°C	°C	°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。