

健康調査票

|     |                       |
|-----|-----------------------|
| 大会名 | 第70回全兵庫フィギュアスケート選手権大会 |
|-----|-----------------------|

|  |      |      |      |      |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |    |       |     |     |    |
|--|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|----|-------|-----|-----|----|
| 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 | 2日目   | 3日目 | 4日目 |    |
| <input type="checkbox"/> 体温  | °C   | °C   | °C   | °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。