

## 健康調査票

大会名	
-----	--

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				
		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	
月/日													
<input type="checkbox"/> 体温		°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3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、地域等から帰国した場合													
<input type="checkbox"/> 過去7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。)

7日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。