

健康調査票

競技会名	第27回茨城県小学生フィギュアスケート大会
------	-----------------------

登録番号		所属	
氏名		年齢	歳
住所			
緊急連絡先(電話番号)			
メールアドレス			

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	本日
	10/8(土)	10/9(日)	10/10(月)	10/11(火)	10/12(水)	10/13(木)	10/14(金)	10/15(土)	10/16(日)	10/17(月)	10/18(火)	10/19(水)	10/20(木)	10/21(金)	10/22(土)
□体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
□症状の有無															
□咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状															
□倦怠感(だるさ)															
□息苦しさ															
□嗅覚や味覚の異常															
□新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無															
□同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合															
□直近の海外渡航歴(1ヶ月以内)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。															
□本人サイン															

記載に関して:

体温は計測の数値を記入。

健康状態で**症状無**の場合は、体調についての回答はしなくて良い。回答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。

有
無