

健康調査票

大会名	第27回北関東フィギュアスケート選手権大会
-----	-----------------------

登録番号	所属							
氏名				年齢	歳			
住所								
連絡先(電話番号)								
	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	当日
月/日								
<input type="checkbox"/> 体温	°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。