

健康調査票

競技会名

R3 競技者用

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
	<input type="checkbox"/> 体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
<input type="checkbox"/> 症状の有無															
<input type="checkbox"/> 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状															
<input type="checkbox"/> 倦怠感(だるさ)															
<input type="checkbox"/> 息苦しさ															
<input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚の異常															
<input type="checkbox"/> 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															
<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"/> 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。															
<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。