

## 健康調査票

大会名 令和5年新潟県スケート連盟会長杯フィギュアスケート大会

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	当日
月/日	4/15(土)	4/16(日)	4/17(月)	4/18(火)	4/19(水)	4/20(木)	4/21(金)	4/22(土)
<input type="checkbox"/> 体温								
<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で、隔離生活等がなされていない場合								
<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。

1週間以内に上記項目(渡航歴を除く)に1つでも「有り(O)」があった場合、参加を見合わせてください。