

健康調査票

大会名	第8回福井県フィギュアスケート競技会
-----	--------------------

登録番号 ※選手のみ		所属 ※選手のみ		該当するものに○					
氏名							・選手 ・コーチ		
住所							・付添い保護者 (リンクサイドに1名のみ)		
連絡先(電話番号)							・2階観覧者		
	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	12/11	12/12	12/13	12/14	12/15	12/16	12/17	12/18	
<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。