

健康調査票

| | |
|-----|---|
| 大会名 | The 32nd Aichi Figure Skating Competition |
|-----|---|

例). XXXフィギュアスケート選手権

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|--|
| 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 | 初日 | 2日目 | 3日目 | 4日目 | |
| 月/日 | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 体温 | °C | °C | °C | °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 (○)、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。