

健康調査票

大会名	愛知県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)									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												
□体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
□咳(せき)、のど痛みなど 邪の症状												
□ た さ(倦怠(けんたい)感)、 息苦しさ(呼吸困難)												
□嗅覚や味覚の異常												
□体が 重 く感じ る 、疲れやすい 等												
□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												
□同居家族や身近な知人に感染 が 疑われる方がる る 場合												
□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												
□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。												
□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。