

健康調査票

大会名	第55回全大阪フィギュアスケート選手権
-----	---------------------

登録番号		所属						出場カテゴリー					
氏名						年齢	歳	滑走順					
住所								※保護者の場合は選手名を記載して下さい					
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			2/3	2/4	2/5	2/6	2/7	2/8	2/9	2/10	2/11	2/12	
☐ 体温			℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
☐ 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状													
☐ だるさ(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いる場合													
☐ 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。