

新型コロナウイルス感染症に関する健康問診票

選手の皆さまに、安心安全にご参加いただけるための問診票となります。

※下記必要事項をご記入の上、受付まで提出してください。(大会当日)

2023年 1月 21日 (土)

体温 _____ °C

プロ＝ライセンス番号 _____

アマ＝センター名 _____ 氏名 (署名) _____

緊急連絡先 (携帯電話等) _____

※ご提出いただいた個人情報、選手との連絡手段以外には利用いたしません。

以下の質問に (はい・いいえ) のどちらかに○印と該当期間・場所の記述をお願いします。

～本日の体調についてお応えください～

- ① 平熱を超える発熱 (おおむね37度5分以上) 及び咳がある 《 はい・いいえ 》
- ② だるさ (倦怠感)、息苦しさ (呼吸困難) の症状がある 《 はい・いいえ 》
- ③ 味覚や嗅覚の異常がある 《 はい・いいえ 》
- ④ ご自身または同居する人が自宅隔離を要請されている 《 はい・いいえ 》
- ⑤ 現在、同居する人に発熱・咳などの症状がある 《 はい・いいえ 》
- ⑥ 過去14日以内に海外渡航の履歴がある 《 はい・いいえ 》 _____ 月 _____ 日 帰国
- ⑦ 過去14日以内に海外から帰国した人との濃厚接触歴がある 《 はい・いいえ 》 _____ 月 _____ 日
- ⑧ 過去14日以内に感染者が発生した施設・医療機関を利用
したことがある 《 はい・いいえ 》 _____ 月 _____ 日
施設名: _____
- ⑨ 過去14日以内に屋内で50人以上が集まる集会・イベント 《 はい・いいえ 》 _____ 月 _____ 日
に参加したことがある