

選手・監督・コーチ・役員・（ ）

(該当する箇所に○を付けてください)

健康調査票

令和 年 月 日

大会名		会場	
氏名		所属	
住所	〒		
連絡先		当日の体温	度

・大会前2週間における以下の項目にお答えください。どちらかに○をつけてください。

ア	平熱を超える発熱の有無	ある ・ なし
イ	咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状	ある ・ なし
ウ	だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）	ある ・ なし
エ	嗅覚や味覚の異常等	ある ・ なし
オ	新型コロナウイルス感染症陽性者とされた者との濃厚接触の有無	ある ・ なし
		ある ・ なし
カ	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合	ある ・ なし
キ	過去14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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触の有無	ある ・ なし