

# 健康観察票（選手用）

所属	No		男女	氏名	
----	----	--	----	----	--

↑ 参加チーム一覧表のNoを記入してください

新型コロナウイルス感染防止対策のため、大会当日の体調について記入し、1種目目入場前に受付へ提出してください。

5月 1日	朝の検温	℃
-------	------	---

チェック項目	該当に <input checked="" type="checkbox"/>	
発熱・風邪症状（せき、のどの痛み、鼻汁など）	なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
嗅覚や味覚の異常	なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触	なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
同居家族や身近な知人に感染の疑い	なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
過去14日間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や地域への渡航または当該在住者との濃厚接触	なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>