

〈体調管理チェックシート〉

(必ず、自署してください)

日付： 年 月 日

大会名

種目

ドローNo

選手氏名

帯同者名

当日朝の選手の体温 度

当日朝の帯同者の体温 度

住所

連絡先(携帯電話番号)

※大会前 2 週間における以下の事項について、有無のご記入をお願い致します。

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ① 咳、のどの痛みなど風邪の症状 | 有 | ・ | 無 |
| ② 平熱を超える発熱 | 有 | ・ | 無 |
| ③ 味覚・嗅覚の異常 | 有 | ・ | 無 |
| ④ 体のだるさ、重く感じる、疲れ易さ | 有 | ・ | 無 |
| ⑤ 胸痛、息苦しさ | 有 | ・ | 無 |
| ⑥ 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触 | 有 | ・ | 無 |
| ⑦ 同居する家族や身近な人に感染が疑われる方 | 有 | ・ | 無 |
| ⑧ 過去 2 週間以内に政府から入国制限、
入国後の経過観察を必要とされている国、
地域への渡航または当該在住者との濃厚接触 | 有 | ・ | 無 |

※上記項目に 1 つでも「有」にあてはまる場合、試合の参加をお控えください