

健康チェックアンケート ※大会参加時に提出してください(この用紙は大会受付でも配布します)

以下の事項に記載してください(本アンケートを他に流用いたしません)

氏名		年齢		体温	℃
住所	〒 -				
連絡先(電話番号)					

過去2週間において以下の事項に該当する場合は☑印をつけてください

<input type="checkbox"/> 平熱を超える発熱(おおむね37度5分以上)があった
<input type="checkbox"/> 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状があった
<input type="checkbox"/> だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)があった
<input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚の異常があった
<input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等があった
<input type="checkbox"/> 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があった
<input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる
<input type="checkbox"/> 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があった

健康チェックアンケート ※大会参加時に提出してください(この用紙は大会受付でも配布します)

以下の事項に記載してください(本アンケートを他に流用いたしません)

氏名		年齢		体温	℃
住所	〒 -				
連絡先(電話番号)					

過去2週間において以下の事項に該当する場合は☑印をつけてください

<input type="checkbox"/> 平熱を超える発熱(おおむね37度5分以上)があった
<input type="checkbox"/> 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状があった
<input type="checkbox"/> だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)があった
<input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚の異常があった
<input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等があった
<input type="checkbox"/> 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があった
<input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる
<input type="checkbox"/> 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があった