

健康チェックシート

氏名：日中必ず連絡が取れる電話番号：※該当するものに○選手・チームスタッフ・選手家族
取材・ゲスト
審判員・大会スタッフ

「体調」「接触情報」は、該当するものに✓を記入。「外出・出張」「海外渡航」は、あれば内容を記入。

		10/10	10/11	10/12	10/13	10/14	10/15	10/16	10/17	10/18	10/19	10/20	10/21	10/22	10/23	10/24
		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
起床時体温	起床時の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体調	症状なし															
	せき、のどの痛み、鼻水 など風の症状															
	倦怠感（だるさ）															
	息苦しさ															
	体が重い、疲れやすい															
	味覚や嗅覚の異常															
	頭痛															
接触情報	感染者との濃厚接触															
	感染が疑われる人が身近 にいた															
外出・出張	滞在地															
	経由地															
	目的															
海外渡航	滞在地															
	経由地															
	目的															
特記・連絡事項																

※コロナウイルスワクチン接種歴

・接種日 1 回目 / ・2 回目 / ・接種していない

本健康チェックシートを印刷し、提出を求められた際に対応できるよう会場へお持ち下さい。