

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。

		10/23	10/24	10/25	10/26	10/27	10/28	10/29	10/30	10/31	11/1	11/2	11/3	11/4	11/5	11/6	11/7
		土	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。