

(別紙2)

健康調査票

令和4年6月19日

○下記の健康調査を確認の上、大会に参加することを同意いたします。

| | | | |
|-----|--|-------|---|
| 所属名 | | | |
| 氏名 | | 当日の体温 | 度 |

自宅での検温可

○大会前日から10日間以内における以下の事項の有無。

| | | | |
|---|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1 | 平熱を超える発熱(おおむね 37 度5分以上) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 2 | 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 3 | 倦怠(けんたい)感(だるさ・体が重い・疲れやすいなど)、呼吸困難(息苦しさなど) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 4 | 嗅覚や味覚の異常 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 5 | 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 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 6 | 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 7 | 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 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 8 | ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入 <u>2022年</u> 月 日 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |