

健康チェックシート

大会当日に受付にて回収します。
開催日の1週間前から検温の記録をお願いします。

基本情報

参加種目		km	ゼッケンNo.	
参加者	フリガナ		生年月日	
	氏名		電話番号	
住所	〒			

大会当日までの体温(起床時に検温)

日付	9月12日	9月13日	9月14日	9月15日	9月16日	9月17日	9月18日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

大会日前2週間における健康状態 ※該当するものに「✓」を記入してください。

チェック項目	チェック欄	
	ある(いる)	ない(いない)
① 平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 咳、のどの痛みなどの症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 臭覚、味覚の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 新型コロナウイルス感染症陽性と診断された者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 同居家族や身近な人に感染が疑われる人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 入国制限、入国後の観察期間が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"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ その他、気になること(以下に自由記述)		

新型コロナワクチンの接種について

接種状況	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 1回接種	<input type="checkbox"/> 2回以上接種
------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

上記記載事項に、相違ありません。また、開催日から2週間後の間に感染症等が発生した場合には、ただちに事務局に連絡します。

氏名
(自署)

2022 年 月 日

本紙に記入された個人情報、本校にて厳重な管理のもとに保管し、受験者・関係者の健康状態の把握、受験可否の判断及び必要なご連絡のためのみに利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。