

## 健康チェックシート(第 37 回大会用)

氏名: \_\_\_\_\_ 連絡電話番号: \_\_\_\_\_

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、以下の項目を記入し、受付時に必ずご提出ください。

### 症状リスト

- ①平熱を超える発熱    ②咳・喉の痛み・たん    ③鼻水・鼻閉  
 ④倦怠感（だるさ）    ⑤息苦しさ    ⑥嗅覚や味覚の異常    ⑦下痢・吐き気  
 ⑧頭痛    ⑨その他（具体的症状は各日の欄にご記入ください）

1) 参加初日の14日前までの体温・体調を記入してください。

主催者チェック欄

| 記入日 | 起床時<br>体温 | 体 調  | 不調の症状<br>上記 症状リストの番号<br>①～⑨をご記入ください。 | 記入日 | 起床時<br>体温 | 体 調  | 不調の症状<br>上記 症状リストの番号<br>①～⑨をご記入ください。 |
|-----|-----------|--|--------------------------------------|-----|-----------|--|--------------------------------------|
| /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      | /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      |
| /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      | /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      |
| /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      | /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      |
| /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      | /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      |
| /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      | /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      |
| /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      | /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      |
| /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      | 初日  | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      |
| /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      | /   | ℃         | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 不調 |                                      |

2) 参加初日14日以内について、以下の質問にお答えください。

主催者チェック欄

| 質 問  | 回 答  |
|--|--|
| 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はありましたか？                          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 同居している人や身近な知人に感染が判明した、または感染が疑われる方がありましたか？                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 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、または当該在住者との濃厚接触はありましたか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

3) その他、気になる点や伝えたいこと等がありましたら、ご記入ください。

主催者チェック欄

記入内容は当該事業の感染防止対策として活用いたします（書類は1ヶ月保管した後、破棄いたします）。万が一の場合、行政機関等へ情報提供することを予めご了承ください。

ご協力ありがとうございました。

（一社）日本身体障がい者水泳連盟