

健康観察チェックリスト

このチェックリストは、競技会会場での新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、ご来場の皆様方の健康状態について確認させていただいております。

静岡県アーチェリー協会

記入日 R 年 月 日

| | | | |
|---------------------------|----------|---------|--|
| 氏名 | 生年月日 | 学校名・所属先 | |
| | 年 月 日 | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 連絡先 ※確実に繋がる番号を記入してください | | 自宅等 | |
| | | 携帯電話 | |

当日の体温 _____ °C

以下の項目をチェックしてください

競技会前2週間、気になる症状はありましたか？ はい いいえ

| 項目 | 確認 | |
|---|----|-----|
| ア・ 平熱を超える発熱がある(おおむね平熱より1度以上高い場合) | はい | いいえ |
| イ・ 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状がある | はい | いいえ |
| ウ・ だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がある | はい | いいえ |
| エ・ 嗅覚や味覚の異常がある | はい | いいえ |
| オ・ 体が重く感じる、疲れやすい | はい | いいえ |
| カ・ 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がある | はい | いいえ |
| キ・ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる | はい | いいえ |
| ク・ 過去14日以内に政府から入国制限、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がある | はい | いいえ |
| ケ・ 過去14日以内にクラスター発生施設等の滞在歴がある | はい | いいえ |

※皆様からいただいた個人情報については適切な管理を行ない、厳重に保管いたします。