

保護者用

健康チェックシート

学校名		
氏名		男 ・ 女
住所	〒	
連絡先		
チェック項目(大会前2週間における以下の項目にお答え下さい。)		どちらかに○をつけて下さい
①	平熱を越える発熱があったか?	ある ・ なし
②	咳(せき)、のどの痛み等風邪の症状があったか?	ある ・ なし
③	だるさや息苦しさはあったか?	ある ・ なし
④	嗅覚や味覚の異常はあったか?	ある ・ なし
⑤	体が重く感じる、疲れやすい等の症状はあったか?	ある ・ なし
⑥	新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と濃厚接触はあったか?	ある ・ なし
⑦	同居家族や身近な知人に感染が疑われる人はいないか?	ある ・ なし
⑧	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はあったか?	ある ・ なし
大会当日の体温(月 日)		℃

上記の通り健康状態に異常がないため、マスクを着用し人数制限を守り試合を観戦します。

令和2年 月 日

氏名

印

※ 大会当日に、この用紙を必ず提出して下さい。提出がない場合は、参加が認められません。

※ 本チェックシートは感染症対策のものであり、他の目的では使用せず、個人情報の保護に努めます。