

新型コロナウイルス感染防止 参加者チェックシート

チーム代表の方はメンバー全員から以下を聞き取り、チェックシートを完成してください。用紙が足りない場合はコピーをして下さい。

★過去2週間以内の以下の項目を確認して☑ をご記入下さい。

「あり」の場合は大会への参加を見合わせて下さい。

チーム名： _____

※大会受付時に提出願います。

お名前 チェック項目		
①平熱を超える発熱（37.5度以上）がある	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
②咳・のどの痛みなどの風邪症状がある	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
③だるさ(倦怠感)・息苦しさを感ずる	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
④嗅覚や味覚の異常がある	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑤体が重く感じる、疲れやすい	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑥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った	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑦同居家族や身近な知人に感染が疑われる人がいた	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑧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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触があった	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし