

大会参加者の体調確認書

氏名		日時	
氏名		年齢	歳
住所		クラブ(学校)名	
電話番号			

今日の体温		度		
体調確認	利用前2週間における以下の項目の有無			
ア. 平熱を超える体温	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	無し
イ. 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	無し
ウ. だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	無し
エ. 嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	無し
オ. 体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	無し
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の有無	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	無し
キ. 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が居る	<input type="checkbox"/>	いる	<input type="checkbox"/>	いない

※個人情報の取扱いについて

この情報については一切外部に漏れないように注意いたします。

切り取り線

大会参加者の体調確認書

氏名		日時	
氏名		年齢	歳
住所		クラブ(学校)名	
電話番号			

今日の体温		度		
体調確認	利用前2週間における以下の項目の有無			
ア. 平熱を超える体温	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	無し
イ. 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	無し
ウ. だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	無し
エ. 嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	無し
オ. 体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	無し
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の有無	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	無し
キ. 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が居る	<input type="checkbox"/>	いる	<input type="checkbox"/>	いない

※個人情報の取扱いについて

この情報については一切外部に漏れないように注意いたします。