

※代表者⇒学連本部(原本保管)

※保管は、記入日より3か月を目安とする。

健康チェックシート

この健康チェックシートは、大会における感染発生時、関係機関への提出をお願いする場合があります。

記入の際には、本人に承諾を得てから、健康チェックシートへの記入をお願いいたします。

記入日 2022 年 月 日

チーム名 (大学名)				
代表 (部長・監督)	氏名		連絡先	TEL (携帯) :
				E-mail :

当日朝の体温を記入し、該当する項目に○を記入する。発熱および項目に該当した人は参加できません。※4に該当する場合を除く

	氏 名 (選手・スタッフ・マネージャー)	役職	当日朝 の体温	せき、咽頭痛 などの症状※ 1	だるさ・倦怠感 息苦しさ	味覚嗅覚 の異常	感染者と 濃厚接触※2	同居家族等 感染疑い※3	ワクチン接種 ※4
1			℃						
2			℃						
3			℃						
4			℃						
5			℃						
6			℃						
7			℃						
8		選手	℃						
9		選手	℃						
10		選手	℃						
11		選手	℃						
12		選手	℃						
13		選手	℃						
14		選手	℃						
15		選手	℃						
16		選手	℃						
17		選手	℃						
18		選手	℃						
19		選手	℃						
20		選手	℃						
21		選手	℃						
22		選手	℃						
23		選手	℃						
24		選手	℃						
25		選手	℃						

※1 せき、のどの痛み等

※2 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。

※3 同居家族や身近な知人に感染が疑われる者がいる。

※4 過去7日以内にワクチン接種を受け、発熱があった場合に記載のこと。接種日を記載のこと。副反応による発熱は対象としない。