

健 康 チ エ 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		°C						
2		°C						
3		°C						
4		°C						
5		°C						
6		°C						
7		°C						
8	選手	°C						
9	選手	°C						
10	選手	°C						
11	選手	°C						
12	選手	°C						
13	選手	°C						
14	選手	°C						
15	選手	°C						
16	選手	°C						
17	選手	°C						
18	選手	°C						
19	選手	°C						
20	選手	°C						
21	選手	°C						
22	選手	°C						
23	選手	°C						
24	選手	°C						
25	選手	°C						

※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。