

## 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 症状チェックリスト

日付					
氏名					
年齢		出場種目			
住所					
連絡先—メールアドレス					
連絡先—携帯電話番号					
大会当日の体温					
大会前2週間における以下の事項の有無（四角にレ点チェックを入れてください）					
① 平熱を越える発熱					
	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	なし
② 咳や喉の痛みなど風邪の症状					
	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	なし
③ だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)					
	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	なし
④ 嗅覚や味覚の異常					
	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	なし
⑤ 身体が重く感じる、疲れやすい等					
	<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の疑い					
	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	なし
⑦ 同居家族や身近な人に感染が疑われる方がいる					
	<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、入国後の経過観察を必要とされている国、地域への渡航または当該在住者との濃厚接触がある					
	<input type="checkbox"/>	あり		<input type="checkbox"/>	なし
<b>新型コロナウイルス感染拡大防止事項を遵守し大会に参加いたします。</b>					<input type="checkbox"/>

本チェックリストにより提出された情報は本協会個人情報保護方針に基づいて取り扱います