

# 健康観察表

大会に伴い、入場時における下記事項に関し記入をお願いします。

令和4年7月23日(祝土) 中央武道館

全日本選手権大会(男女)県予選会

住 所		連絡先	
氏 名		年 齢	歳

質 問 事 項	
1 体 温	
度	
2 施設利用2週間における以下の事項の有無	
① 平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
② 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
③ だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
④ 臭覚や味覚の異常	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
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有無	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
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	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	

※チェック表は主催者が1か月保存し、経過した場合責任を持って処分します。