

第16回FRIENDLY水泳記録会 健康チェックシート

大分県障がい者水泳連盟

入館者氏名・関係区分	
所属団体名	個人の方は、都道府県・政令都市名。保護者等は選手の所蔵名
ふりがな	連絡先：電話・携帯・FAX・メールのいずれか
氏名	
入館区分	1. 選手 2. コーチ 3. 介助 4. 保護者等 5. 役員

1) 参加3日間の体温・体調について以下のような症状がありましたか。

主催者チェック欄

<ul style="list-style-type: none"> ・平熱を超える発熱 ・咳（せき）、のどの痛みなどの風邪の症状 ・だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難） ・嗅覚や味覚の異常 ・体が重たく感じる、疲れやすい等の症状 ・下痢や頭痛 	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

2) 以下の質問にお答えください。

主催者チェック欄

質 問	回 答
参加前3日以内に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はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
参加前3日以内に同居している人や身近な知人に感染が判明した、または感染が疑われる方がいましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
政府が定める所定期間内に入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等からの入国者との濃厚接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

3) 以下の事項をご承諾の上、参加してください。

※承諾欄にチェック（✓）を入れてください。

主催者チェック欄

確認事項	承諾欄
自身にて不織布マスクを準備し、正しく着用して参加します。	
定められた新型コロナ感染症拡大防止策を厳守します。	
主催者は、この用紙を記録会后30日間保持することを承諾します。	
記録会后3日間以内に、新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、速やかに主催者に報告します。	
万が一、感染症が発生した場合は行政機関に必要な情報を提供することを承諾します。	

4) その他、気なる点や伝えておきたいことなどありましたら、ご記入ください。