

所属団体保管

## 健康チェックシート

（選手・応援生徒・指導者用）

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 記入日  | 令和      年      月      日     |                             |
| 氏名   |                             |                             |
| 住所   |                             |                             |
| 連絡先（電話番号）  |                             |                             |
| 当日の体温  | （      ・      ）℃            |                             |
| 大会前3日以内における以下の事項の有無                                      |                             |                             |
| ①平熱を超える発熱  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ②せき、のどの痛みなどの風邪の症状  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ③倦怠感や呼吸困難  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ④臭覚や味覚の異常  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ⑤新型コロナウイルス感染症陽性者と2週間以内に濃厚接触                              | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ⑥同居家族や身近な知人に感染が疑われる者                                     | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ⑦2週間以内に政府から入国制限、入国後の経過観察期間を必要とされている国、地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

◆新型コロナウイルス感染症拡大防止のため上記の質問にご記入下さい。尚、記載された個人情報は、新型コロナ感染拡大防止のための情報の管理を行うことを目的としたものであり、それ以外の目的では使用いたしません。

◆保管期間を大会終了後1ヶ月とする。

一般社団法人静岡県水泳連盟