

第17回神奈川県障害者スポーツ大会「体調チェックシート」

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、競技会初日の体調まで記入し、受付時に必ずご提出下さい

市町村 団体名		氏名	
年齢		住所	〒 —
連絡先(電話番号)			

症状リスト

- ①平熱を超える発熱 ②咳 ③のどの痛み ④倦怠感(だるさ) ⑤息苦しさ ⑥嗅覚や味覚の異常
⑦その他(具体的症状は各日の欄にご記入ください)

1) 競技会 開催日前7日間までと開催初日の体調を記入してください。主催者チェック欄

記入日	体温	体調	不調の場合の具体的症状 上記 症状リストの番号 ①~⑦をご記入ください。	記入日	体温	体調	不調の場合の具体的症状 上記 症状リストの番号 ①~⑦をご記入ください。
/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
/	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		開催当日	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
				/	計測時間 :	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	

2) 競技会 開催日前7日以内について、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
平熱を超える発熱(おおむね 37 度 5 分以上)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
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者の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
過去7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れている国、地域等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

※ 8つのチェック項目において、1つでも該当する場合は、参加を自粛してください。