

阪神地区空手道選手権大会 健康管理チェックシート

様式999

上記の大会参加について、同意のうえ健康管理チェックシートを提出します。

<参加形態> ※該当に「○」を記載。

()選手・()父兄等・()審判員・()スタッフ・()救護・()役員

健康管理チェックシート 対象者情報	
フリガナ	携帯番号(※選手は、父兄の携帯)
氏 名	— —

◎本日までの過去2週間における健康状態 ※健康状態と以下4回の体温を記入してください

- ・本日までの過去2週間のあいだに、発熱、喉の痛み、せき、痰、呼吸困難、味覚障害、嗅覚障害、下痢、嘔吐等の症状は、ありましたか。

()症状が無かった。 ・ ()症状があった。(内容:)

4月29日 就寝前	℃	4月30日 起床後	℃
4月30日 就寝前	℃	本日の朝、自宅での検温	℃

- ・本日の朝に、発熱、喉の痛み、せき、痰、呼吸困難、味覚障害、嗅覚障害、下痢、嘔吐等の症状は、ありましたか。

()症状が無かった。 ・ ()症状があった。(内容:)

<検温について>

- ・ 当日入口にて検温を行います。■ 37.5℃以上の方は入館をお断りさせていただきます。
- ・ 本日までの過去2週間のあいだに、37.5℃以上が2回以上あった場合は、医療機関にて新型コロナウイルス感染症、インフルエンザウイルス急性感染症、ノロウイルス感染等感染症でないことを確認したうえで参加してください。(確認されていない場合は入館をお断りいたします)
- ・ 当日、喉の痛み、せき、痰、呼吸困難、味覚障害、嗅覚障害、下痢、嘔吐等の有無を確認させていただきます。

本健康管理チェックシートは、新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の健康状態を確認することを目的としております。記入いただいた個人情報については当会が適切に取り扱い、参加者の健康状態の把握、来場可否の判断のためのみに利用します。

但し、当該事業にて感染症患者またはその疑いがある方が発見された場合は、必要な範囲で保健所等に提出することがあります。

阪神地区空手道連盟 事務局 事務局長 荒尾憲司
E-Mail : goseikai-arao@river.ocn.ne.jp

※本健康管理チェックシートは、本部にて1ヶ月保管いたします。