**提出用**

**体調チェックシート**

所属団体名：　　（ＮＰＯ）日本身体障害者野球連盟

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　緊急時に連絡のつく電話番号

大会名：　第２９回全国身体障害者野球大会 チーム名：

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、大会開催日の体調まで記入し、受付時に必ずご提出ください。

**体調リスト**

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）**大会開催日前14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 体調リストの番号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 体調リストの番号①～⑦をご記入ください。 |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | 開催日 | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / |

２）**大会開催日前14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 |
| 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？ | □はい　　□いいえ |
| 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか？ | □はい　　□いいえ |
| 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、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触はありましたか？ | □はい　　□いいえ |

３）その他、気になる点や伝えたいこと等がありましたら、ご記入ください。　　　　　　　主催者チェック欄

|  |
| --- |
|  |

**団体申込等で用紙が足りない場合は、コピーをしてお使いください。**

記入内容は当該大会のみにおいて活用いたします（書類は1ヶ月保管した後、破棄いたします）。

万が一の場合、行政機関等へ提出し情報提供することを予めご了承ください。

ご協力ありがとうございました。