

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30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、大会参加初日の体調まで記入し、受付時にご提出ください。
(2日目のみの参加者は2日目に提出すること。両日参加者は、2日目は受付で検温し、シート提出は無し)

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) 大会開催日前と開催初日7日間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。
5/8	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		5/12	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
5/9	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		5/13	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
5/10	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		開催日	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
5/11	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		5/14			

2) 大会参加日前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
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
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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。