

# 健康チェックシート

身体障がい者アーチェリークラブ 火の国

本チェックシートは、新型コロナウイルス感染拡大防止を目的としています。  
競技会会場来場者（以下、参加者と記す）の健康状態を確認するために提出していただく書類です。本健康チェックシートに記入いただいた個人情報については、事業を主催する競技団体が適切に取り扱い、大会参加者の健康状態の把握、来場可否の判断及び必要な連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。  
但し、大会会場にて感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合には、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

## ◎基本情報

フリガナ

県名、支部 学校名

氏名

年齢（ ）

住所 〒

電話番号（大会参加者が未成年の場合は保護者の番号）

イベント当日の体温

--	--

度

--

分

## ◎大会2週間前から当日の朝までにおける健康状態について

該当する項目の「あり・なし」を○で囲って下さい。

- |   |                                  |       |
|---|----------------------------------|-------|
| ア | 平熱を超える発熱（おおむね37.5度以上）の日があった。     | あり・なし |
| イ | 咳（せき）、のどの痛みなどの風邪症状があった。          | あり・なし |
| ウ | だるさ、疲れやすい、（倦怠感）息苦しさ（呼吸困難）があった。   | あり・なし |
| エ | 嗅覚や味覚に異常があった。                    | あり・なし |
| オ | 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいた。          | あり・なし |
| カ | 新型コロナウイルス感染症陽性と診断された者との濃厚接触があった。 | あり・なし |
| キ | クラスター発生施設への滞在歴があった。              | あり・なし |

（参加者が未成年の場合）保護者 確認欄

保護者氏名

印