

健康チェックアンケート

大会実施日 年 月 日 大会名

氏名	年齢	歳	〒 _____ 住所 _____ 連絡先 _____
----	----	---	----------------------------------

・ 本日の体温	_____ 度 分
過去 2 週間における以下の事項にお答え下さい。	
・ 平熱を超える発熱 (あると答えた方) _____ 月 日 ~ _____ 月 日	□ある □ない
・ 咳(せき)・のどの痛みなど風邪の症状 (あると答えた方)部位 _____ _____ 月 日 ~ _____ 月 日	□ある □ない
・ だるさ(倦怠感)・息苦しさ(呼吸困難)	□ある □ない
・ 嗅覚や味覚の異常	□ある □ない
・ 新型コロナウイルス感染陽性とされた者との濃厚接触の有無	□ある □ない
・ 同居家族や身近な知人に感染が疑われるかたがいる	□ある □ない