健康チェックアンケート

大会実施日　令和　２年　８月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 年齢　　　歳 | 連絡先電話番号 |
| 〒　住所 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ・ | 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 |