**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 |