第２回千葉オープンスカッシュ選手権大会　健康チェックシート

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 9／18 | 9／19 | 9／20 | 9／21 | 9／22 | 9／23 | 9／24 | 9／25 | 9／26 | 9／27 | 9／28 | 9／29 | 9／30 | 10／1 10／2 |
| １ | 起床時の体温  毎日検温頂き記入下さい |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ | 咳、喉の痛みなど風邪の症状がある |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ | だるさ、体が重い、疲れやすいなどの倦怠感（けんたいかん）や呼吸困難がある |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ | 味覚や嗅覚の異常を感じる |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ | 新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触がある |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ | 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生した |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ | 政府から入国制限や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した |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**新型コロナウイルス感染症について**（該当するものに〇を記入して下さい）

氏名：　　　　　　　　年齢：　　　所属：　　　　　　　　　住所：　　　　　　　　　　　　　　　緊急連絡先：