東京都スカッシュグレードトーナメント健康チェックシート

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 3／12 | 3／13 | 3／14 | 3／15 | 3／16 | 3／17 | 3／18 | 3／19 | 3／20 | 3／21 | 3／22 | 3／23 | 3／24 | 3／25 |
| 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：　　　　　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　緊急連絡先：