

※このチェックシートは、試合会場内に入る全ての人が提出しなければなりません。

選手・コーチングスタッフ・大会スタッフ・視察員・報道関係・契約事業者・その他 ()		
所属	氏名	受付番号

※受付番号はチェックシート提出後に記入してください

※このシートに直接記入していただき、メディカルチェック時に提出ください。

※事実と異なる記録や回答は、大会の安全性を脅かし、重大なペナルティの対象となりますので十分注意の上記載してください。

体温測定結果と症状の有無

体 調 管 理 項 目		1月10日(日)	1月11日(月)	1月12日(火)	1月13日(水)	1月14日(木)	1月15日(金)
	体温(起床後30分以内)	°C	°C	°C	°C	°C	°C
平熱より高い		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
せき		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
息切れ		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
のどの痛み		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
鼻水・鼻づまり		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
筋肉痛		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
だるさ		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
頭痛		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
下痢・嘔吐		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
味・匂いの以上		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
その他の症状		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
家族に発熱		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
家族に体調不良		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ

※以下の回答はエントリーチェック当日(1月16日)に記載してください。

Q1 これまでにあなた自身が新型コロナウイルス検査(PCR検査または抗原検査など)によって陽性と判定されたことがありますか?

はい ・ いいえ (「はい」の場合はその時期: 年 月 日)

Q2 これまでにあなたの家族や同居人、近親者が新型コロナウイルス検査(PCR検査または抗原検査など)によって陽性と判定されたことはありますか?

はい ・ いいえ (「はい」の場合はその時期: 年 月 日)

Q3 これまでに保健所や医療機関によって、あなた自身が新型コロナウイルス陽性者の濃厚接触者と認定されたことがありますか?

はい ・ いいえ (「はい」の場合はその時期: 年 月 日)

本紙に記載の内容は全て事実であり、正確に記録・回答していることを証明します。

自 署 :
