**健康チェックシート**

子供用

事業名：**フットボールデー**

実施日：２０２１年　１月３０日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 年　　齢 | 歳 |
| 住　　所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 本日の体温 | ℃ |

※実施前2週間における以下の事項について、該当する方に〇印をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 平熱を超える発熱（おおむね37.5℃以上） | ある　ない |
| 咳や喉の痛みなどの風邪の症状 | ある　ない |
| からだのだるさ（倦怠感） | ある　ない |
| 息苦しさ（呼吸が困難） | ある　ない |
| 臭覚の異常 | ある　ない |
| 味覚の異常 | ある　ない |
| 体が重く感じる | ある　ない |
| 最近、疲れやすい | ある　ない |
| 新型コロナウィルス感染症陽性とされた方との濃厚接触 | ある　ない |
| 同居家族や身近な知人に感染の疑われる方がいる | ある　ない |
| 政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域への渡航歴（最近１４日以内） | ある　ない |
| 上記該当者との濃厚接触 | ある　ない |

　上記内容に間違いのない事を確認し、当事業に参加することを承諾します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　：

＊ご記入いただいた調査票はイベント当日に持参し、提出をお願いします。

＊ご記入いただいた個人情報は取扱いに充分注意します。

＊この調査票は最低１ｹ月間保管させていただきます。

＊参加者にコロナウィルス感染者が発生した場合、追跡調査時に必要になることがあります。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（公社）滋賀県サッカー協会