

## 参加者 健康調査票（感染防止対策）

※マンデーナイト※

実施日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名		年齢	
住所	〒 _____	電話番号	_____
		本日の 体温	_____ °C

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

平熱を超える発熱（おおむね 37.5°C以上）	ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ない
せきののど 咳や喉の痛みなどの風邪の症状 <small>かぜ</small>	ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ない
からだのだるさ <small>けんたいかん</small> （倦怠感）	ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ない
息苦しさ（呼吸が困難）	ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ない
臭覚の異常	ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ない
味覚の異常	ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ない
体が重く感じる	ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ない
最近、疲れやすい	ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ない
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	ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ない
上記該当者との濃厚接触	ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ない

\* ご記入いただいた個人情報取り扱いに十分注意させていただきます。

\* この調査票は最低1ヶ月間は保管させていただきます。

（公社）滋賀県サッカー協会