

役員等 1

氏名		所属名	
住所			
連絡先	(自宅)		
	(携帯)		

役員等 2

氏名		所属名	
住所			
連絡先	(自宅)		
	(携帯)		

・日時：                      月           日           曜日           AM           -           PM

・競技名： \_\_\_\_\_

・問診票（当てはまる口に✓を記入してください。）

◎内容は現在および2週間以内のことについて記入してください。

	役員 1		役員 2	
本日の体温	℃		℃	
2週間以内に平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/> あり(      °C )	いつ( <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(      °C )	いつ( <input type="checkbox"/> なし
咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり(症状:                      )	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(症状:                      )	<input type="checkbox"/> なし
だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/> あり(症状:                      )	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(症状:                      )	<input type="checkbox"/> なし
嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり(症状:                      )	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(症状:                      )	<input type="checkbox"/> なし
体を重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり(症状:                      )	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(症状:                      )	<input type="checkbox"/> なし
新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
国外及び感染拡大地域への往来又は、当該在住者との濃厚接触がある場合	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
マスク・消毒液の準備	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
状況の把握及びコミュニケーション(体調変化に気づき、伝えることができるか)	<input type="checkbox"/> 介助者あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 介助者あり	<input type="checkbox"/> 問題なし

活動注意点を確認し、順守して活動します役員 1 (自署) \_\_\_\_\_

役員 2 (自署) \_\_\_\_\_

主催者チェック欄

--