

令和3年度えひめパラスポ記録会（全国障害者スポーツ大会愛媛県派遣選手選考選手記録会） 体調チェックシート

NO.	
-----	--

選手氏名		所属名	
住所			
連絡先	(自宅)		
	(携帯)		

介助者氏名		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□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。

	選手		介助者	
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。（選手自署）

自署が難しい場合は代筆可。

（介助者自署）

主催者チェック欄