

群馬県スキー連盟 競技本部 体調チェック報告用シート

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、事前にすべてご記入の上、**初日参加時**に必ずご提出ください。

内容によっては参加をお断りする場合がありますので、予めご了承ください。

※初日TCMで提出できない場合は、1日目のレース日に必ず提出してください。

1 ご自身の平熱と参加当日の体温

平熱	本日の体温	本日の体調
℃	℃	<input type="checkbox"/> 良好
	時 分 計測	<input type="checkbox"/> 不調

2 開催日前の7日間について、以下の質問にお答えください。

質問	回答
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はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
以下のリストに該当する症状はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

症状リスト(上記ではいと回答した場合は、○を付けてください。)

①平熱を超える発熱	②咳	③のどの痛み	④倦怠感(だるさ)
⑤息苦しさ	⑥嗅覚や味覚の異常	⑦その他()	

3 その他、気になる点や伝えたいこと等がありましたら、ご記入ください。

--

※記入いただいた内容は新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、当該大会において参加者の健康状態の把握、開催・参加可否の判断および必要な連絡調整のために使用します(書類は一定期間保管した後、破棄します)。

なお、感染者またはその疑いのある方が発見された場合には、必要な範囲で保健所・行政機関等に情報を提供することがありますことを予めご了承ください。

令和 年 月 日

氏 名

所 属

ビブ番号

該当箇所○ →

選手A・B・K1・K2・コーチ / 男子・女子

ご協力ありがとうございました。