　　　　　　　　　　　　　大会参加に関する健康観察票

宮城県高体連テニス専門部

日付　：　令和　　　年　　　月　　　日

本日の体温　：　　　　　　　℃

学校名

氏名　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　　　　　平常時の体温　　　　　　℃

住所

連絡先（電話番号）

大会前２週間における以下の事項の有無について，チェックしてください。

①平熱を超える発熱

　　　□ あり　　　　□　なし

②咳や喉の痛みなど風邪の症状

　　　□ あり　　　　□　なし

③だるさ(倦怠感)，息苦しさ(呼吸困難)

　　　□ あり　　　　□　なし

④嗅覚や味覚の異常

　　　□ あり　　　　□　なし

⑤体が重く感じる，疲れやすいなど

　　　□ あり　　　　□　なし

⑥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

　　　□ あり　　　　□　なし

⑦同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合

　　　□ あり　　　　□　なし

⑧過去14日以内に政府から入国制限，入国後の経過観察を必要とされている国，地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合

　　　□ あり　　　　□　なし

※ご記入いただいた個人情報については，万が一感染が発生した場合以外に使用することはありません