

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 : \_\_\_\_\_ °C

学校名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 平常時の体温 \_\_\_\_\_ °C

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