

新型コロナウイルス感染症 症状チェックリスト（事前用フォーマット）

試合前に記載の上でペアそろって受付に提出してください。

氏名（ペア分も記載）

--	--

出場種目（出場する種目に○を付けてください）

男子 1 部	男子 2 部	女子 1 部	女子 2 部
--------	--------	--------	--------

住所（ご本人の住所）

--

緊急連絡先（ご本人の連絡先）

--

イベント 2 週間以内における以下事項の有無に○を付けてください。

①平熱を超える発熱

有	無
---	---

②咳やのどの痛み等風邪の症状

有	無
---	---

③だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）

有	無
---	---

④嗅覚や味覚の以上

有	無
---	---

⑤体が重く感じる、疲れやすいなど

有	無
---	---

⑥新型コロナウイルス感染症要請とされた方との濃厚接触の有無

有	無
---	---

⑦同居家族や身近な知人に感染が疑われる方の有無

有	無
---	---

⑧過去 1 4 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や地域への渡航または当該在住者との濃厚接触の有無

有	無
---	---

イベント当日体温

（体温は受付にて大会係員が非接触体温計にて測定します）

℃

※本チェックリストにより提出された情報は、瀬戸市個人情報保護方針に基づいた取り扱いを行います。