

新型コロナウイルス感染症 症状チェックリスト（当日用フォーマット）

試合前に記載の上でチームの代表者が、受付に提出してください。

出場種目（出場する種目に○を付けてください）

男子	女子	チーム名
----	----	------

氏名（チーム分記載）

1	2	3
4	5	6

住所（チーム記載）協会NO可

1	2	3
4	5	6

緊急連絡先（チーム記載）

1	2	3
4	5	6

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（チーム分記載）

1	有	無	2	有	無	3	有	無	4	有	無	5	有	無	6	有	無
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

②咳やのどの痛み等風邪の症状（チーム記載）

1	有	無	2	有	無	3	有	無	4	有	無	5	有	無	6	有	無
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

③だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）（チーム分記載）

1	有	無	2	有	無	3	有	無	4	有	無	5	有	無	6	有	無
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

④嗅覚や味覚の以上（チーム分記載）

1	有	無	2	有	無	3	有	無	4	有	無	5	有	無	6	有	無
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

⑤体が重く感じる、疲れやすいなど（チーム分記載）

1	有	無	2	有	無	3	有	無	4	有	無	5	有	無	6	有	無
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

⑥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の有無（チーム分記載）

1	有	無	2	有	無	3	有	無	4	有	無	5	有	無	6	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（チーム記載）

1	有	無	2	有	無	3	有	無	4	有	無	5	有	無	6	有	無
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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や地域への渡航 または当該在住者との濃厚接触の有無（チーム記載）

1	有	無	2	有	無	3	有	無	4	有	無	5	有	無	6	有	無
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

イベント当日体温（チーム分記載）（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）

1	℃	2	℃	3	℃	4	℃	5	℃	6	℃
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※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。