

コロナ対策調査書(チーム)

※代表

記入日 年 月 日

フリガナ		ゼッケン	
お名前			
生年月日	年 月 日生 (歳)	性別	男 ・ 女
ご住所	〒		
お電話番号		mail	

※参加メンバー

例 山田 太郎 08012340000 36.5 大阪市

	氏名	携帯	体温	住まい		氏名	携帯	体温	住まい
①					②				
③					④				
⑤									

※非参加者(お連れ様)

	氏名	携帯	体温	住まい		氏名	携帯	体温	住まい
①					②				
③					④				

■ 2週間以内における以下の事項の有無

※例 ない ある (① ②)

平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
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	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()

※ご記入いただきました内容に関しては厳重に保管いたしますが、参加者・関係者内から感染が発覚した場合には、保健所、市、県等に報告し、感染拡大を防止するために使用する場合がございます。

※スポーツ庁のガイドラインより一部抜粋して作成しています。