

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）症状チェックシート

日付： 2022年 9月23日

名前： _____

年齢： _____ 歳

住所： _____

連絡先（メールアドレス）： _____

連絡先（携帯電話番号）： _____

大会当日の体温： _____℃

大会前 2 週間における以下の事項の有無（該当に○を付けてください）

- | | | |
|---|---|---|
| ① 平熱を超える発熱 | 有 | 無 |
| ② 咳やのどの痛みなど風邪の症状 | 有 | 無 |
| ③ だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難） | 有 | 無 |
| ④ 嗅覚や味覚の異常 | 有 | 無 |
| ⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等 | 有 | 無 |
| 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 | 有 | 無 |
| 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 | 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、地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触 | 有 | 無 |