

(記入例)

個人No. \_\_\_\_\_

# 健康チェックシート

◇ご自分の参加者区分に○をつけてください。

1. 選手      2. **ベンチスタッフ**      3. チーム関係者      4. 大会役員等

◇この度参加する大会名を記入し、区分に○をつけてください。

大会名	〇〇〇旗争奪大会
区分	( 1次 ・ <b>2次</b> ・ 決勝 )

<基本情報>

チーム名または所属 / 埼玉ボンバーズ			
フリガナ	〇〇 〇〇〇	生年月日	'昭和55年5月5日
氏名	〇〇 〇〇〇	電話番号	* * * - * * * * - * * * *
住所	〒 〇〇〇 埼玉県〇〇〇市△△△* * - * * - * *		
(大会参加者が未成年の場合) 保護者確認欄			
保護者氏名 /	確認日	西暦	年 月 日

No.	月 日	曜日	体温	体調確認(喉の痛み・咳・倦怠感・頭痛・食欲低下・味覚異常等)			同居家族や身近な人に陽性判定者及び疑感染者(検査待ち含む)の有無など		
				なし	あり	(ありの場合具体的に)	なし	あり	(ありの場合具体的に)
例	8月1日	土	36.2		○	のどの痛み	○		
1	10/3	日	36.1	○					大会日の2週間(14日)前から体調確認開始 (大会日を10月17日(日)と設定した場合)
2	10/4	月	36.1	○					
3	10/5	火	36.2	○					
4	10/6	水	35.9	○			○		
5	10/7	木	35.9	○			○		同居家族10/7発症。即時感染対策を講じ、自身は10/15待機解除
6	10/8	金	36.1	○		ワクチン接種(1回目)	○		
7	10/9	土	38.1	○		副反応 発熱、頭痛、倦怠感	○		
8	10/10	日	37.5	○		副反応 微熱、倦怠感	○		
9	10/11	月	36.2	○			○		
10	10/12						○		
11	10/13						○		
12	10/14						○		
13	10/15						○		
14	10/16	土	36.1	○			○		
15	10/17	日	36.2	○			○		

ワクチン接種により副反応が生じた場合は、記載例を参考に記入してください。感染を疑うものではありませんので大会参加に影響ありません。