

健康チェックシート

氏名 _____ 段位 _____

所属名 _____ 連盟 _____

住所 _____ TEL _____

当日の体温 _____ °C

本日より前2週間についてチェックして下さい。

平熱を超える発熱（概ね 37.5°C以上）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
せき、のどの痛み	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
倦怠感、息苦しさ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
嗅覚、味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
同居家族、身近な知人に感染が疑われる方がいる	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
過去14日間に政府より入国制限、入国後観察機関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。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

※ 上記内容を把握するためのみに使用します。

※ 本日より一か月間保存します。