

とこまるカップ 健康チェックシート（ボルダリング）

チェックシートは大会等開催にあたり新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の皆様の健康状態を確認することを目的としています。大会前2週間および大会後2週間の記録をお願いします。本チェックシートに記入いただいた個人情報については、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。感染者又は感染の疑いのある方が判明した場合には、必要な範囲で保健所等の関係機関に情報を提供することがありますことを予めご了承ください。

団体名															
氏名															
項目		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
日付		2月12日	2月13日	2月14日	2月15日	2月16日	2月17日	2月18日	2月19日	2月20日	2月21日	2月22日	2月23日	2月24日	2月25日
体温		°C													
健康状態	のどの痛みがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
	咳（せき）が出る	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
	痰（たん）がでたり、からんだりする	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
	鼻水、鼻づまりがある ※アレルギーを除く	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
	頭が痛い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
	だるさ（倦怠感）がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
	息苦しさがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
	体が重く感じる、疲れやすい	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
	味覚異常がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
嗅覚以上がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
行動歴	新型コロナウイルスに感染（陽性）された方と濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ													
	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ													
	政府から入国制限、入国後の観察時期が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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ													
	クラスターが発生している都道府県や当該地域に出張又は休暇等で訪れた	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ													
	<input type="checkbox"/> はいに該当する場合、訪れた都道府県名を記入してください。														

※1 濃厚接触とは、「新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と1m程度以内で15分以上接触があった場合」と定義します。

※2 本票は一定期間保管した後、破棄します。

団体名																
氏名																
項目		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
日付		2月27日	2月28日	3月1日	3月2日	3月3日	3月4日	3月5日	3月6日	3月7日	3月8日	3月9日	3月10日	3月11日	3月12日	
体温		°C														
健康状態	のどの痛みがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	咳（せき）が出る	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	痰（たん）がでたり、からんだりする	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	鼻水、鼻づまりがある ※アレルギーを除く	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	頭が痛い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	だるさ（倦怠感）がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	息苦しさがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	体が重く感じる、疲れやすい	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	味覚異常がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
嗅覚以上がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
行動歴	新型コロナウイルスに感染（陽性）された方と濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
	政府から入国制限、入国後の観察時期が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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
	クラスターが発生している都道府県や当該地域に出張又は休暇等で訪れた	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
	<input type="checkbox"/> はいに該当する場合、訪れた都道府県名を記入してください。															

※1 濃厚接触とは、「新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と1m程度以内で15分以上接触があった場合」と定義します。

※2 本票は大会後、2週間記録の回収し、一定期間保管した後、破棄します。