

## 第23回四街道市空手道選手権大会 健康管理チェックシート & 連絡先確認票

第23回四街道市空手道選手権大会の参加について、同意のうえ健康管理チェックシートを提出します。

＜参加形態＞ 役員 ・ 審判 ・ 係員 ・ 選手 ・ 保護者

健康管理チェックシート			
フリガナ		生年月日	
氏名		年 月 日 ( 歳)	
住所 〒		連絡のつく電話番号	
メールアドレス			
所属道場		大会当日の入館時の体温	12月4日 ° C

◎大会前2週間における健康状態		※朝晩の体温を記入して下さい					
月 日	11月20日	11月21日	11月22日	11月23日	11月24日	11月25日	11月26日
起床後	° C	° C	° C	° C	° C	° C	° C
就寝前	° C	° C	° C	° C	° C	° C	° C
月 日	11月27日	11月28日	11月29日	11月30日	12月1日	12月2日	12月3日
起床後	° C	° C	° C	° C	° C	° C	° C
就寝前	° C	° C	° C	° C	° C	° C	° C

**本確認用紙は、第23回四街道市空手道選手権大会の目的以外では使用を一切行わず、一ヶ月経過後に責任を持って破棄いたします。**

審査会前1週間における以下の事項の有無(該当するものに✓点をしてください)

- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| ・平熱を超える発熱(おおむね37.5° C)                                       | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・咳・喉の痛みなど風邪の症状   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・嗅覚や味覚の異常  | <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"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・新型コロナウイルス感染症陽性者とされた者との濃厚接触                                  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・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"/> いる | <input type="checkbox"/> いない |
| ・過去7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か | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |