

健康調査票

大会名	第43回石川県フィギュアスケート競技大会
-----	----------------------

登録番号	所属															大会期間中					
氏名	年齢		歳																		
住所																					
連絡先(電話番号)																					
月/日	14日前	13日前	12日前	11日前	10日前	9日前	8日前	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	初日						
	10/22	10/23	10/24	10/25	10/26	10/27	10/28	10/29	10/30	10/31	11/1	11/2	11/3	11/4	11/5						
<input type="checkbox"/> 体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C			
<input type="checkbox"/> 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状																					
<input type="checkbox"/> だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)																					
<input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚の異常																					
<input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等																					
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症陽とされた者との濃厚接触の有無																					
<input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合																					
<input type="checkbox"/> 過去14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場合																					
<input type="checkbox"/> 過去14日以内に海外渡航歴																					
渡航国名(滞在先・経由地)										渡航期間	~										
相談記述: 相談したいこと、連絡しておきたいことが有れば、記載して下さい。																					
<input type="checkbox"/> 本人サイン																					

記載に関して:

体温は計測の数値を記入。

健康状態は、選択ボタンから有無を選択。(プリントアウトした場合は、有り(O)、無し(X)を記入。)

1か月以内に海外渡航歴がある場合は、渡航先(滞在地・経由地)を記載のこと。

健康等相談、連絡したいことが有れば、記載してください。