

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）症状チェックリスト

日付

2021	年	月	日
------	---	---	---

名前

年齢 歳

住所

連絡先-メールアドレス _____ 連絡先-携帯電話番号

大会当日の体温 °C

大会前2週間における以下の事項の有無（該当に○を付けてください）

①平熱を超える発熱 有 無

②咳やのどの痛みなど風邪の症状 有 無

③だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難） 有 無

④嗅覚や味覚の異常 有 無

⑤体が重く感じる、疲れやすい等 有 無

⑥新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触 有 無

⑦同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合 有 無

⑧過去14日以内に政府から入国制限、入国後の経過観察を必要とされている国、地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触 有 無