

大会名	第9回四国高校テニス新人シングルスChampionship大会
-----	---------------------------------

**健康チェックシート**

本チェックシートは、新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、選手の健康状態を確認することを目的としています。本健康チェックシートに記入いただいた個人情報について、厳正なる管理のもとに保管し、選手の健康状態の把握、出場可否の判断および必要なお連絡のためにのみ利用します。また個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、ご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、大会会場にて感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合に必要範囲で保健所等に提供することがあります。

所属		学校名	
フリガナ		生年月日	(西暦) 年 月 日
氏名		電話番号	
住所	〒		

〈当日の体温〉

°C

←大会当日に受付で記入します。

〈大会前2週間における健康状態〉 ※該当するものに「✓」を記入してください。 チェック欄

①平熱を超える発熱がない	
②咳、のどの痛みなどの風邪症状がない	
③だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がない	
④味覚や嗅覚の異常がない	
⑤体が重く感じる、疲れやすい等がない	
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がない	
⑦同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない	
⑧過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がない	

〈保護者確認欄〉

保護者 氏名 印

携帯番号

Eメールアドレス

確認日 2020年 月 日