

○ 基本情報

所属		代表者名 (連絡先)	
フリガナ		生年月日 (西暦)	年 月 日
氏名		電話番号	
		Eメール アドレス	
住所	〒		

○ 競技会後2週間の体調(該当するものを○で囲ってください)

チェック項目			チェック欄		
① 平熱を超える発熱があったか			有・無		
② 喉(のど)の痛みがあったか			有・無		
③ 咳(せき)などの風邪の症状があったか			有・無		
④ 痰(たん)が出たり、からんだりすることがあったか			有・無		
⑤ からだのだるさ(倦怠感)、息苦しさがあったか			有・無		
⑥ 匂いがしないなどの嗅覚の異常があったか			有・無		
⑦ 味がしないなどの味覚の異常があったか			有・無		
⑧ 体が重く感じる、疲れやすいなどの症状があったか			有・無		
⑨ 上記①～⑧で医療機関を受診したか		した・していない	受診日	/	
診断内容					
⑩ 過去14日以内にPCR検査を受けたか	有・無	検査日	/	結果	陰性・陽性
⑪ 過去14日以内に抗体検査を受けたか	有・無	検査日	/	結果	有・無
⑫ その他、気になること(以下に自由記述)					

○ 参加者が未成年の場合(保護者確認欄)

保護者氏名		確認日	西暦	年	月	日
電話番号		Eメール アドレス				