

体調管理チェックシート (大会予定日 年 月 日～ 年 月 日)

相談窓口 メール：

電話（緊急）：

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

提出日 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

※症状のあるものに「○」を、ないものは「-」を記入してください

日付	記入例	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	当日
体温	36.6°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
解熱剤服用	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無
咳、のどの痛み 鼻水等風邪の症状	○															
味覚・嗅覚の異常	-															
息切れ	-															
下痢/嘔吐	-															
体のだるさ (倦怠感)	-															
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	-															
過去14日以内に海外渡航歴	○															
渡航国名 (滞在先・経由地)	日本															
同意事項	感染症に関する同意事項です。下記を読み、□の中にチェック✓を記入してください。															
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(1) 大会終了後2週間以内に発症があった場合は大会主催者に報告することに同意します。 (2) 大会参加者から発症の報告は大会参加者への連絡並びにホームページ、SNS当でその事実を公開することに同意します。 (3) 発症状況、発症者情報をWSJからの開催自治体に報告し、対応について指示を受けることに同意します。 (4) コロナ感染対策の目的に個人情報（所属、氏名、連絡先）を提供することに同意します。														