

健康チェックシート

本健康チェックシートは、(一社)新潟県サッカー協会が開催する各種大会、トレセン等において新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者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、(一社)新潟県サッカー協会は、厳正なる管理のもとに保管し、チーム関係者の健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご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、大会会場にて感染者患者またはその疑いのある方が発見された場合に必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

<基本情報>

チーム名		代表者名 連絡先	里見 純一 (090-8723-7233)		
フリガナ		生年月日	西暦	年	月 日
氏名		保護者電話番号			
保護者名		保護者Eメール アドレス			
住所	〒				

前日・当日の体温	/ ()	/ ()	
	°C	°C	

【直近2週間における健康状態】

どちらかに○

チェック項目	チェック欄
① 平熱を超える発熱	有 ・ 無
② 咳、のどの痛み等の風邪症状	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	有 ・ 無
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や地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある	有 ・ 無
⑨ その他、気になること（以下に自由記述）	

(西暦) 2022年 月 日

参加保護者氏名（自署）