

健康チェックシート

本健康チェックシートは、群馬県ハンドボール協会が開催する事業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は、各事業を主催する競技団体が適切に取り扱い、大会参加者の健康状態の把握、来場可否の判断及び必要な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、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は、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

令和 年 月 日

◎ 基本情報		所属チーム名【 】			
フリガナ 氏名		年齢	歳		
選手氏名	(年)	選手との続柄	()		
住所		電話番号 (主に連絡がつく番号)			
当日の体温				度	分
観戦する試合に○印	低学年混合	高学年女子	高学年男子		
◎ 大会前 2 週間における健康状態 ※該当するものに「○」をつけてください。					
1	平熱を超える発熱	有・無	5	体が重く感じる、疲れやすい等	有・無
2	咳、のどの痛みなどの風邪症状	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
3	だるさ、息苦しさ	有・無	7	居家族や身近な知人に感染が疑われる方	有・無
4	嗅覚や味覚の異常	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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触	有・無
※ 本健康チェックシートは、事業主催者が 1 カ月以上保管すること。					