

(様式1)

令和3年度 全国高等学校選抜剣道大会長崎県予選 健康観察表及び同意書

学校名	
氏名	
参加区分	大会関係者(役員・審判)・顧問・選手・応援部員・報道
年齢	
住所	
連絡先 (電話番号)	

(様式1 選手→監督で保管)

(役員→受付で提出)

○をつける (様式2 受付で提出)

参加2週間における健康観察

	月日	1月2日	1月3日	1月4日	1月5日	1月6日	1月7日	1月8日	備考
	曜日	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	
	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
参加2週間 における 事項有無 (該当箇所に ✓)	<input type="checkbox"/> 咳、のどの痛みなど 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> だるさ、息苦しさ 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 臭覚や味覚の異常 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染者 との濃厚接触 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 過去14日以内に政府から入国制限、入国後 の観察期間を必要とされている国地域等へ 渡航又は当該在住者との濃厚接触 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	月日	1月9日	1月10日	1月11日	1月12日	1月13日	1月14日	1月15日	備考
	曜日	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	
	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
参加2週間 における 事項有無 (該当箇所に ✓)	<input type="checkbox"/> 咳、のどの痛みなど 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> だるさ、息苦しさ 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 臭覚や味覚の異常 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染者 との濃厚接触 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 過去14日以内に政府から入国制限、入国後 の観察期間を必要とされている国地域等へ 渡航又は当該在住者との濃厚接触 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

大会時の健康観察

1/16(日)

本日の体温	
① <input type="checkbox"/> 咳、のどの痛みなど 有	
② <input type="checkbox"/> だるさ、息苦しさ 有	
③ <input type="checkbox"/> 臭覚や味覚の異常 有	
④ <input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい 有	
⑤ <input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染者 との濃厚接触 有	
⑥ <input type="checkbox"/> 過去14日以内に政府から入国制限、入国後 の観察期間を必要とされている国地域等へ 渡航又は当該在住者との濃厚接触 有	

同意書

私は、全国高等学校選抜剣道大会長崎県予選大会に参加するにあたり、健康上の問題はありませんが、同大会の開催要項、開催に向けてのガイドラインにしたがい同大会に参加することを同意します。

令和4年 月 日

参加者名

保護者名

上記①～⑥の事項に該当する者の参加は認めません。

※万が一感染が発生した場合に備えるものでそれ以外は使用しません。記載された情報は1か月間保持し、1か月後には適切に破棄いたします。