

(様式1)

令和4年度長崎県高等学校剣道選手権大会 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 | 4月3日 | 4月4日 | 4月5日 | 4月6日 | 4月7日 | 4月8日 | 4月9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 | 4月10日 | 4月11日 | 4月12日 | 4月13日 | 4月14日 | 4月15日 | 4月16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"/> | |

※ワクチン接種による発熱は除く

大会時の健康観察

4/17(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、令和4年度長崎県高等学校剣道選手権大会に参加するにあたり、健康上の問題はありませぬ。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4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ぬ。

※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ませぬ。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。