

## 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）症状チェックリスト

日付 

2020年	月	日
-------	---	---

名前 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住所 \_\_\_\_\_

連絡先-メールアドレス \_\_\_\_\_

連絡先-携帯電話番号 \_\_\_\_\_

大会当日の体温 \_\_\_\_\_ °C

大会前2週間における以下の事項の有無（該当に○を付けてください）

- |  |   |   |
|--|---|---|
| ①平熱を超える発熱  | 有 | 無 |
| ②咳やのどの痛みなど風邪の症状  | 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場合                                | 有 | 無 |
| ⑧過去14日以内に政府から入国制限、入国後の経過観察を必要とされている国、地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触 | 有 | 無 |