



日本女子テニス連盟北海道支部

新型コロナウイルス感染症健康チェックシート

大会・行事名 ()

提出日 年 月 日

氏名	当日の体温	°C
種目	級	携帯番号
ドロー番号		

大会前5日間における下記の事項の有無（どちらかに○を付けて下さい）

- | | | | |
|----|---|----|----|
| 1) | 平熱を超える発熱 | なし | あり |
| 2) | 咳、のどの痛みなど風邪の症状 | なし | あり |
| 3) | だるさ（倦怠感）、息苦しさなどの症状 | なし | あり |
| 4) | 嗅覚や味覚の異常などの症状 | なし | あり |
| 5) | 体が重く感じる、疲れやすい等の症状 | なし | あり |
| 6) | 新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との濃厚接触 | なし | あり |
| 7) | 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方 | なし | あり |
| 8) | 過去7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る国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触 | なし | あり |
| 9) | 過去7日以内に新型コロナPCR検査もしくは抗原検査で陽性と診断 | なし | あり |

大会以降、5日以内にチェックシートに記載している発熱症状や体調不良の症状、及び新型コロナウイルスへの感染が判明した場合は大会・行事責任者まで必ずご連絡をお願いいたします。