

大会前健康状態申告書(大会当日 5/14 提出用) 新型コロナウイルス感染症 体調管理チェックシート (5月4日～5月14日) 兼 入場同意書

	5月4日	5月5日	5月6日	5月7日	5月8日	5月9日	5月10日	5月11日	5月12日	5月13日	5月14日
1 平熱を超える発熱(おおむね 37 度5分以上)	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
2 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
3 倦怠(けんたい)感(だるさ・体が重い・疲れやすいなど)、呼吸困難(息苦しさなど)	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
4 嗅覚や味覚の異常	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
5 新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
6 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
7 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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
8 当日の起床時体温(例:36.2)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
8 ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入	令和4年 月 日										

右記の事項に同意いたします。・新型コロナウイルス感染症のリスクがあることを承諾した上で入場いたします。
 ・(選手等、部員の場合、)保護者の承諾を得た上で参加いたします。
 ・万が一、大会関係者に新型コロナウイルス感染症患者、またはその疑いがある方が確認された場合、調査機関へ必要な情報を開示いたします。

※ 東北学生卓球連盟に登録されていれば、以下の年齢、住所、連絡先は記入不要

所属(大学名等): _____ 選手・部員・部長・監督・コーチ・連盟関係者・その他(_____) 年齢: _____ 連絡先(電話番号): _____

〒

住所: _____ (自署)氏名: _____

大会入場者健康状態申告書（大会当日 5/15提出用）

令和 4 年 5 月 15 日

関係各位

連絡先および健康状態申告書のお願い

東北学生卓球連盟
会長 高橋仁（公印省略）

新型コロナウイルスの流行予防のため今大会入場にあたって、以下の情報提供をお願いいたします。ご記入の上、大会当日持参し、受付にご提出ください。なお、提出された個人情報の取り扱いには十分配慮いたします。

所属 :		
氏 名 :		
選手 ・ 部員 ・ 部長 ・ 監督 ・ コーチ ・ 連盟関係者 ・ その他 ()		
※ 東北学生卓球連盟に登録されていれば、以下の年齢、住所、連絡先は記入不要		
年 齢 :		
住 所 :		
連絡先（電話番号） :		
大会当日の体温 : °C		
大会前10日間における以下の事項の有無		
1 平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
2 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
3 倦怠（けんたい）感（だるさ・体が重い・疲れやすいなど）、呼吸困難（息苦しきなど）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
4 嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
5 新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
6 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
7 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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
8 ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入	令和 4 年	月 日

大会後健康状態申告書(各大学管理) 新型コロナウイルス感染症 体調管理チェックシート (5月16日～5月25日)

	5月16日	5月17日	5月18日	5月19日	5月20日	5月21日	5月22日	5月23日	5月24日	5月25日
1 平熱を超える発熱(おおむね 37 度5分以上)	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
2 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
3 倦怠(けんたい)感(だるさ・体が重い・疲れやすいなど)、呼吸困難(息苦しさなど)	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
4 嗅覚や味覚の異常	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
5 新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
6 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
7 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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
8 当日の起床時体温(例:36.2)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
8 ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入	令和4年 月 日									

右記の事項に同意いたします。・万が一、大会関係者に新型コロナウイルス感染症患者、またはその疑いがある方が確認された場合、調査機関へ必要な情報を開示いたします。

※ 東北学生卓球連盟に登録されていれば、以下の年齢、住所、連絡先は記入不要

所属(大学名等): _____ 選手・部員・部長・監督・コーチ・連盟関係者・その他(_____) 年齢: _____ 連絡先(電話番号): _____

〒

住所: _____ (自署)氏名: _____