

健康チェックシート

〈基本情報〉

ふりがな		生年月日	西暦 年 月 日
氏名		電話番号	
		緊急連絡先	
住所	〒		
チーム名		代表者氏名	
		代表者電話番号	

〈2週間前からセレクションまでの健康状態〉※該当する項目に「✓」を入れてください。

チェック項目	チェック欄
①今日の体温	℃
②平熱を超える発熱がない	
③咳、喉の痛みなどの風邪症状がない	
④だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がない	
⑤臭覚や味覚の異常がない	
⑥体が重く感じる、疲れやすい等がない	
⑦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がない	
⑧同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない	
⑨過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がない	

本健康チェックシートは、ちふれASエルフェン埼玉マリセレクションにおいて、新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の健康状態を確認することを目的としています。

本健康チェックシートに記入いただいた個人情報について、厳正なる管理のもとに保管し、練習参加者の健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除きご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、セレクション会場にて感染者患者またはその疑いのある方が発見された場合に必要範囲で保健所等に提供することがあります。

セレクション参加に同意します。

保護者 氏名 _____

電話番号 _____

確認日 西暦 年 月 日