

第 5 回森清吉テニスクリニック 健康チェックシート（参加者・関係者用）

新型コロナウイルスの感染症を「指定感染症」とする政令が 2 月 1 日から施行され、対策が講じられていますが、国内において同感染症の拡大が懸念されています。選手のみなさんは、体調管理と感染予防に細心の注意を払ってください。つきましては、感染予防のために、体調の自己診断（セルフメディカルチェック）を選手全員が実施して、体調の把握と確認をしてください。また、体調不良となった際は、速やかに申し出てください。

本健康チェックシートに記入いただいた個人情報は、厳正なる管理のもと、健康状態の把握、出場可否の判断および必要な連絡のためのみに利用します。また、個人情報保護法等の法令に置いて認められた場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、大会会場にて感染症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。

（基本情報）

フリガナ 氏名		電話番号	
生年月日	西暦 年 月 日	E-mail アドレス	
住所	〒		

（当日までの体温を記録してください）

日付	起床時体温	日付	起床時体温	日付	起床時体温	日付	起床時体温
10/7		10/8		10/9		10/10	
10/11		10/12		10/13		10/14	
10/15		10/16		10/17		10/18	

大会 2 週間における健康状態 ※該当するものに「✓」を記入ください。

チェック項目	チェック欄
発熱や風邪の症状がない	
強いだるさ（倦怠感）や息苦しさがない	
咳、痰、胸部に不快感がない	
嗅覚、味覚の異常がない	
新型コロナウイルス陽性とされた者との濃厚接触がない	
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない	
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発表されている国・地域等への渡航、並びに当該在住者との濃厚接触がない	
その他、気になること（以下に自由記述）	

（大会参加者が未成年の場合）保護者 確認欄

保護者氏名 _____

電話番号 _____

E-mail アドレス _____

@ _____

確認日 西暦 年 月 日