

チーム応援関係者の健康状況チェックシート及び参加確認書

このチェックシートは神奈川県高等学校体育連盟が開催する主催大会・各種事業等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は、参加校が、適切に取り扱い、大会参加者の健康状態の把握、来場可否の判断及び必要な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、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、大会会場にて感染者患者またはその疑いのある方が発見された場合には、必要な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		年 齢 ()		学校名 (所属) (男 ・ 女)	
住所			電話番号（緊急連絡先）		
参加当日の体温	2/10(金)	2/11(土)	2/12(日)		
	度	度	度		
◎ 大会前 2 週間前から当日の朝までにおける健康状態					
※該当するものに「✓」を記入してください。					
ア	平熱を超える発熱（おおむね 37.5 度以上）がない。		オ	同居家族等に感染が疑われる方がいない。	
イ	咳（せき）、のどの痛みなどの風邪症状がない。		カ	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。	
ウ	だるさ、疲れやすい（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がない。		キ	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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がない。	
エ	嗅覚や味覚の異常がない。				
上記の内容で間違いありません。					
<div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 80%;"></div> チーム応援関係者 氏名（自署）					

※ 本健康チェックシートは、参加チームが少なくとも 30 日以上保管し、期日経過後は各チームにおいて、責任を持って適切に廃棄処分する。