別紙3

2021 U16育成センター

参加者用

健康チェックシートのご記入をお願いいたします。
健康チェックシートの提出は必須となっております。忘れずにご持参くださいますようお願いいたします。
当日の受付がスムーズに行えるよう、予めご記入の上、ご提出いただきますようご協力をお願いいたします。
※受付時にご記入するなどの行為は、密集につながる原因となりますのでご遠慮願います。

健康チェックシート
本健康チェックシートは、(一社)岩手県バスケットボール協会が開催するU16DC活動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、(一社)岩手県バスケットボール協会は、厳正なる管理のもとに保管し、関係者の健康状態の把握、参加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、本研修会におい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	
参加者氏名	
生年月日	西　暦　　年　　月　　日
緊急連絡先	
住　所	

＜当日までの体温＞

前　日　　月　　日（　　）　起床時体温　（　　）℃
当　日　　月　　日（　　）　起床時体温　（　　）℃
受付時　　（　　）℃

＜実施前2週間における健康状態＞ ※該当するものに「✓」を記入してください。

チェック項目	チェック欄
① 平熱を超える発熱がない	
② 咳(せき)、のどの痛みなどの 風邪症状がない	
③ だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がない	
④ 臭覚や味覚の異常がない	
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等がない	
⑥ 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	
⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない	
⑧ 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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がない	
⑨ 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メールアドレス

確認日　西暦　　年　　月　　日