

# 健康問診票

選手の皆さまに、安心安全にご参加いただけるための問診票となります。

**※下記必要事項をご記入の上、受付へ提出してください。(リーグ当日用)**

2023年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 体温 \_\_\_\_ °C ※受付にて記入

チーム名 \_\_\_\_\_

氏名(署名) \_\_\_\_\_

緊急連絡先(携帯電話等) \_\_\_\_\_

※ご提出いただいた個人情報は、選手との連絡手段以外には利用いたしません。

以下の質問に(はい・いいえ)のどちらかに○印と該当期間・場所の記述をお願いします。

～本日の体調についてお応えください～

- ① 平熱を超える発熱(おおむね37度5分以上)及び咳がある 《はい・いいえ》
- ② だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)の症状がある 《はい・いいえ》
- ③ 味覚や嗅覚の異常がある 《はい・いいえ》
- ④ ご自身または同居する人が自宅隔離を要請されている 《はい・いいえ》
- ⑤ 現在、同居する人に発熱・咳などの症状がある 《はい・いいえ》
- ⑥ 過去14日以内に海外渡航の履歴がある 《はい・いいえ》 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日帰国
- ⑦ 過去14日以内に海外から帰国した人との濃厚接触歴がある 《はい・いいえ》 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日
- ⑧ 過去14日以内に感染者が発生した施設・医療機関を利用  
したことがある 《はい・いいえ》 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
施設名: \_\_\_\_\_
- ⑨ 過去14日以内に屋内で50人以上が集まる集会・イベント  
に参加したことがある 《はい・いいえ》 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日