

共通体調確認票（開催当日に持参のこと）

令和 年 月 日

行 事 名							
対 象	役 員 ・ 係 員 ・ 講 師 ・ 受 講 者 審 査 員 ・ 受 審 者 ・ 審 判 員 ・ 選 手 ・ 監 督 ・ そ の 他						
ふ り が な					称号	段位	
氏 名	男 ・ 女						
住 所	〒						
電 話							
生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日 （ 歳 ）						
本 日 の 体 温	度						
本 日 の 体 調	・ 咳（せき） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・ のどの痛み <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
基 礎 疾 患	・ 糖尿病 ・ 心不全 ・ 慢性閉塞性肺疾患 ・ 透析を受けている ・ 免疫抑制剤使用 ・ 抗がん剤使用 ある場合は、○で囲んでください。止むを得ない事情があって受講する場合は、予め主治医の了解を得てください。						
前2週間における以下の事項の有無 ※ <input type="checkbox"/> に✓を入れてください。							
	・ 平熱を超える発熱			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	・ 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	・ だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	・ 臭覚や味覚の異常			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	・ 体が重く感じる、疲れやすい等			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	・ 家族や身近な知人に感染が疑われる人がいる			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	・ 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されている国、地域等への渡航、当該在住者との濃厚接触			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
前2週間の体温	14日前	13日前	12日前	11日前	10日前	9日前	8日前
	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前

※ 申込書に記述される個人情報 は 運営のために利用します。

一般財団法人 岡山県剣道連盟