

アスリートビブス

氏名： _____ 顧問名： _____ 学校名： _____ 高校 学年： _____ 年 男・女

選手 出場種目①： _____ 組 レーン 試技順 _____ 出場種目②： _____ 組 レーン 試技順 _____

出場種目③： _____ 組 レーン 試技順 _____

出場種目④： 4×100mR _____ 組 レーン 出場種目⑤： 4×400mR _____ 組 レーン

付添い生徒 補助員 顧問 審判員 その他 (_____)

※上記の選手・付添い生徒・補助員・顧問・審判員・その他の該当する□に✓を入れる。同日に複数種目ある場合はすべての種目を記入のこと。

※大会1週間前から記入し、大会当日、主催者の指示に従い指定の場所に提出すること

※該当しない場合は✓を入れ、該当する場合は○を記入すること(体温0.1℃単位の数字を記入)

No.	チェックリスト	/	/	/	/	/	/	/	大会当日
1	のどの痛みがある								
2	咳(せき)が出る								
3	痰(たん)がでたり、からんだりする								
4	鼻水(はなみず)、鼻づまりがある ※アレルギーを除く								
5	頭が痛い								
6	体のだるさなどがある								
7	発熱の症状がある								
8	息苦しさがある								
9	味覚異常(味がしない)								
10	嗅覚異常(匂いがしない)								
11	薬剤の服用(上記症状を緩和等する為の薬剤)								
12	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
13	新型コロナウイルス感染症陽性とされた方と濃厚接触がある								はい・いいえ
14	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合								はい・いいえ
15	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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合								はい・いいえ
	★個人情報の取得・利用・提供に同意する(□に✓を入れる)								<input type="checkbox"/>

本チェックシートは新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、ご来場の皆様の健康状態を確認することを目的としています。

本チェックシートにご記入の個人情報につきましては、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、来場可否の判断及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致しません。

但し、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。