

【観戦保護者・OB、運営関係者】

第 51 回全国高等専門学校ラグビーフットボール大会 個人健康チェックシート

このフォームは、試合会場に来場する個人が新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の症状がないこと、そして、他の人へのリスクが限定的であることを確認するための書面です。

■日付

年	月	日
---	---	---

■氏名

	姓	名
(フリガナ)		

■連絡先

TEL

■現在、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）だと診断されているか、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を罹患していると思われますか？\*

- はい       いいえ

■この 14 日間に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の以下のような症状がありましたか？

- ・高熱（37.5℃以上）       はい       いいえ
- ・咳が連続的に出るようになった       はい       いいえ
- ・味覚障害、嗅覚障害があった       はい       いいえ
- ・不明な息苦しさを感じるようになった       はい       いいえ

■新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の患者だと確定された人または疑われている人とこの 14 日間に接触しましたか？\*

- はい       いいえ       可能性があります

■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 14 日間に接触しましたか？\*

- はい       いいえ       可能性があります

これらの質問のいずれかに「はい」または「可能性があります」と回答した場合は、自宅に待機し、所属団体の責任者へ通知してください。また、各都道府県の帰国者・接触者相談センター（保健所）の相談窓口へ連絡し、指示に従う必要があります。