

新型コロナウイルス（COVID-19）関連問診票

大会参加・観戦のため、この問診票に記入し提出しなければならないことをご理解の上、ご協力をお願いします。

氏名		生年月日	(西暦) / /
連絡先	自宅・携帯電話 - -	本人以外の 連絡先	氏名 番号 - -
住所	〒		
来場日	<input checked="" type="checkbox"/> を入れてください <input type="checkbox"/> 11月8日(日)		

海外渡航歴の確認	
最近(直近14日以内)に、海外への渡航歴はありますか?	<input type="checkbox"/> はい
または、渡航者との接触がありましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ
渡航先(国名):	滞在都市: 滞在期間: 年 月 日~ 年 月 日
渡航先(国名):	滞在都市: 滞在期間: 年 月 日~ 年 月 日
渡航先(国名):	滞在都市: 滞在期間: 年 月 日~ 年 月 日

体調チェック(最近7日間に該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。該当しない場合記入しなくて結構です。)	
症状 (7日以内)	<input type="checkbox"/> 発熱( °C) <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> から咳 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 全身の倦怠感 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 濃性痰 <input type="checkbox"/> その他
発症日時	発症日時( 月 日 時頃~) <input type="checkbox"/> 出発前(場所: ) <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> ホテル入り後 <input type="checkbox"/> その他
確認者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 保健所担当者 <input type="checkbox"/> 検疫担当者 <input type="checkbox"/> その他 確認機関名: 確認日時:
医療機関 の診断	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 急性呼吸困難症候群 <input type="checkbox"/> その他 胸部レントゲン写真 <input type="checkbox"/> はい(所見: ) <input type="checkbox"/> いいえ
基礎疾患(万一感染してしまった場合、重症化を防ぐために保健所や医療機関に報告する内容になります)	
<input type="checkbox"/> 心臓(病名: ) <input type="checkbox"/> 腎臓(病名: )	
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他持病(病名: )	

上記記述内容が事実であることを証明します。虚偽記載による問題発生時には、自己責任であることを確認します。

本人署名:

【個人情報の収集・活用に関する同意書】

収集する個人情報の項目	氏名・生年月日・連絡先・住所
個人情報の利用目的	新型コロナウイルス感染症疑い患者の把握のために利用
個人情報の保有および利用期間	収集日から1年後破棄
個人情報提供拒否権利及び同意拒否による不利益内容および制限事項	正常な大会運営に必要な最低限の情報のため、本人が同意しない場合は大会に参加できない、または退場していただく可能性があります。

個人情報保護法等の関連法律により、上記内容について熟知して、個人情報収集および活用に同意します。

同意する 同意しない

2020年 月 日

問診票: 本人署名

※裏面も記載願います。

## 新型コロナウイルス（COVID-19）関連問診票

氏名		生年月日	(西暦)
----	--	------	------

大会当日を含む直近3日間各日の、毎朝の体温を計測し、大まかな行動範囲、外出先等の記録をお願いします。

日付	曜日	時間	検温結果	主な所在地	外出先等
3日前	( )	:			
2日前	( )	:			
1日前	( )	:			
当日	( )	:			

### 【重要】

退会開催日を含めて4日以内に37.5度以上の発熱があった場合や、体調チェック欄の該当項目があり、その内容によっては出場を認めません。(基礎疾患欄は除く) また、海外渡航歴(直近14日以内)記入欄への記載があった場合、出場を認めません。

来場をせずに出場を断念する場合、競技当日の連絡は事務局までご連絡ください。

マスクをご持参願います。(参加受付時や観戦時はマスクを着用してください)。

こまめな手洗い、アルコールによる手指消毒を実施してください。

他の参加者、スタッフ等との距離(できるだけ2M以上)を確保してください。

会場では大きな声での会話をしないでください。

感染防止のために主催者が決めた措置の遵守、主催者の指示に従ってください。

大会終了後2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、主催者に対して速やかに報告をしてください。