

【 High School Japan Cup 2020 健康チェックシート 】

このチェックシートは、選手・コーチングスタッフ・大会スタッフ・プレスなど、会場内に入る全ての人が提出しなければなりません。

選手 ・ コーチングスタッフ ・ 大会スタッフ ・ 視察員 ・ 報道関係者 ・ 契約事業者 ・ その他 ()			
所属	氏名	ADカード番号	

*ADカード番号は会場でADカード受領後に記入してください。

※このシートに直接記入していただき、メディカルチェックの時にご提出ください。

※事実と異なる記録や回答は、大会の安全性を脅かし、重大なペナルティの対象となります。十分注意の上記載してください。

体温測定結果と症状の有無

		9月10日 (木)	9月11日 (金)	9月12日 (土)	9月13日 (日)	9月14日 (月)	9月15日 (火)	9月16日 (水)	9月17日 (木)	9月18日 (金)
体 調 管 理 項 目	体温 (起床後30分以内)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	平熱より高い	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	せき	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	息切れ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	のどの痛み	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	鼻水・鼻づまり	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	筋肉痛	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	だるさ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	頭痛	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	下痢・嘔吐	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	味・匂いの異常	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	その他の症状	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	家族に発熱	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	家族に体調不良	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ

		9月19日 (土)	9月20日 (日)	9月21日 (月)	9月22日 (火)	9月23日 (水)	9月24日 (木)	9月25日 (金)	9月26日 (土)	9月27日 (日)
体 調 管 理 項 目	体温 (起床後30分以内)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	平熱より高い	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	せき	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	息切れ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	のどの痛み	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	鼻水・鼻づまり	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	筋肉痛	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	だるさ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	頭痛	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	下痢・嘔吐	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	味・匂いの異常	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	その他の症状	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	家族に発熱	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	家族に体調不良	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ

※以下の回答はメディカルチェック当日に記載してください。

Q1 これまでにあなた自身が新型コロナウイルス検査 (PCR検査または抗原検査など) によって陽性と判定されたことがありますか?

はい ・ いいえ (「はい」の場合はその時期: 年 月 日)

Q2 これまでにあなたの家族や同居人、近親者が新型コロナウイルス検査 (PCR検査または抗原検査など) によって陽性と判定されたことがありますか?

はい ・ いいえ (「はい」の場合はその時期: 年 月 日)

Q3 これまでに保健所や医療機関によって、あなた自身が新型コロナウイルス陽性者の濃厚接触者と認定されたことがありますか?

はい ・ いいえ (「はい」の場合はその時期: 年 月 日)

本紙に記載の内容は全て事実であり、正確に記録、回答していることを証明します。

自署 :