

茨城県高等学校体育連盟陸上競技専門部長 殿

出 場 届

令和 2年 9月 日

1 種目名

予選 組 レーン

決勝 組 レーン・試技順

3 No

4 所属

5 氏名

学 年

6 体温

℃

測定時刻

:

7 現在の体調について

疲労度	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
体 調	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
倦怠感	<input type="checkbox"/>	あり					<input type="checkbox"/>	なし		
咳	<input type="checkbox"/>	あり					<input type="checkbox"/>	なし		
たん	<input type="checkbox"/>	あり					<input type="checkbox"/>	なし		
鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/>	あり					<input type="checkbox"/>	なし		
咽頭痛	<input type="checkbox"/>	あり					<input type="checkbox"/>	なし		
下痢	<input type="checkbox"/>	あり					<input type="checkbox"/>	なし		
食欲	<input type="checkbox"/>	あり					<input type="checkbox"/>	なし		レ点でチェック

疲労度は、疲労困憊で動くのもつらい状態を1，全く疲労感がない状態を10

体調は、絶不調を1，絶好調を10

上記生徒につきまして、体調も良好なことから競技会への出場を承諾いたします。

保護者氏名

印

所属顧問氏名

印

《対象者：競技役員・補助員・選手・指導者》・・・該当名を○で囲む

【大会前】新型コロナウイルス感染症についての体調管理チェックシート（2020年8月11日改訂）

大会名： _____

大会期日：令和 年 月 日(月)～ 月 日()

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、来場可否の判断および必要なお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いたしません。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な範囲で保健所に提供することがあります。

個人情報の取得・利用・提供に同意する。（ にチェックを入れてください。）

※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	/	/	/	/	/	/	/	/
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	臭覚異常（匂いがしない）								
11	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
12	薬剤の服用（上記症状1～10等につまわる症状緩和の薬剤）								

所 属（登録団体名） _____

参加者氏名 _____

※参加者が未成年の場合保護者名記入

連絡先（電話 or 携帯番号） _____

保護者氏名 _____