

出場承諾・健康チェックシート

本健康チェックシートは、高等学校体育連盟陸上競技専門部が開催する茨城県高等学校新人駅伝競走大会において新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の健康状態を確認すること、保護者からの参加承諾をいただくことを目的としていますので、このシートのご提出により本駅伝競走大会への参加を保護者が承諾したものとさせていただきます。

本健康チェックシートに記入いただいた個人情報については、専門部が、適切に取り扱い、大会参加者の健康状態の把握、来場可否の判断及び必要な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、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、大会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は、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

| ◎ 基本情報 | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------------|----------------------|--|
| フリガナ 氏名 | 年齢 () | 学校名 (所属) | | |
| 住所 | | 電話番号 (大会参加者が未成年の場合は、保護者の電話番号) | | |
| イベント当日の体温 | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 度 <input type="text"/> 分 |
| ◎ 大会前 2 週間における健康状態 ※該当するものに「✓」を記入してください。 | | | | |
| ア | 平熱を超える発熱がない。 | | オ | 体が重く感じる、疲れやすい等がない。 |
| イ | 咳(せき)、のどの痛みなどの風邪症状がない。 | | カ | 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触がない。 |
| ウ | だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がない。 | | キ | 居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない。 |
| エ | 嗅覚や味覚の異常がない。 | | ク | 過去 14 日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が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ない。 |
| 保護者 確認欄 上記生徒につきまして、体調も良好なことから駅伝競走大会への参加を承諾いたします。 | | | | |
| 保護者氏名 | | | 印 | |

※ 本健康チェックシートは、大会主催者が 1 月以上保管すること。

《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：茨城県高等学校新人駅伝競走大会

大会期日：令和3年2月5日（金）

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いたしません。但し、会場にて感染者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 | 1/29 | 1/30 | 1/31 | 2/1 | 2/2 | 2/3 | 2/4 | 2/5 |
|----|------------------------------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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等につつ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