

【事業名】2023(第3回)九州知的障がい者卓球大会

【期 日】令和5年3月21日(祝火)

## 体調チェックシート

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、体調チェックシートのご記入をお願いいたします。  
本シートをご記入のうえ、当日、受付時に必ずご提出ください。

(1)下記の質問について、「はい」か「いいえ」にチェックをしてください。

「はい」のある方、当日体調に不安がある方は参加をお控えください。

主催者チェック欄

質 問	回 答
平熱を超える発熱(37.5℃以上)はありますか。 【大会当日体温                      ℃】	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
咳やのどの痛み、頭痛や吐き気はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
体のだるさ、息苦しさはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
嗅覚や味覚の異常はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
直近7日以内に、発熱等上記症状はありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
直近7日以内に、同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
直近7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、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触はありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

(2)その他、気になる点や伝えたいこと等がありましたら、ご記入ください。 主催者チェック欄

記入内容は本大会のみにおいて活用いたします。(書類は1ヶ月保管した後、破棄いたします)。

万一の場合、行政機関等へ提出し情報提供することを予めご了承ください。

ご協力ありがとうございました。

九州知的障がい者スポーツ連盟