

第44回ハイランドカップ

健康状態チェックシート

プリントの上大会当日受付時に必ず提出してください。

氏名		年齢		チーム名	
住所				電話	
				携帯	

参加者が未成年の場合、親権者又は引率チームの代表の署名をしてください。

親権者 チーム代表 ※いずれかに 署名

このチェックシートは、ハイランドカップでの新型コロナウイルス感染症を予防するため健康状態を確認するものです。ご記入いただいた内容は、大会参加の可否の判断することを目的としています。それ以外の目的では使用はいたしません。

下記の事項について、はい又はいいえに○をつけてください。

1	平熱を超える発熱がある（37.5℃以上）※開催当日朝の体温	はい	いいえ
2	風邪の症状（咳・喉の痛み）がある	はい	いいえ
3	だるさ（倦怠感）・息苦しさ（呼吸困難）がある	はい	いいえ
4	新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触がある	はい	いいえ
5	同居家族や身近な知人に感染症を疑われる方がいる	はい	いいえ
6	過去14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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある	はい	いいえ