

第42回ハイランドカップ

健康状態チェックシート

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☑

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の拡大を予防するため、参加者の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および、万が一感染者やその疑いのある方が発見された場合にのみ保健所等に提供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。

大会前14日以内について、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°C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	味覚臭覚に異常がある	はい	いいえ
4	14日以内に新型コロナウイルス陽性者との接触があった	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
7	その他伝えたい事項があればご記入ください。		