

健康チェックシート提出用（様式2）

※こちらの様式は大会当日（1月12日(木)、13日(金)）に会場にてご提出をお願いします。

健康状態申告書

日時	令和 5年 1月 日 ()	
都道府県名		
氏名		
連絡先	TEL - -	
体温	. °C	
7日以内における チェック項目の該当有無	なし ・ あり	
(ありの場合) 該当項目		
<input type="checkbox"/>	ア. 平熱を超える発熱	
<input type="checkbox"/>	イ. 咳、喉の痛みなど風邪の症状	
<input type="checkbox"/>	ウ. だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	
<input type="checkbox"/>	エ. 味覚や嗅覚の異常	
<input type="checkbox"/>	オ. 体が重く感じる、疲れやすい	
<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	キ. 同居家族や身近な知人で感染が疑われる方がいる	
<input type="checkbox"/>	ク. 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	
備考		