第15回　三大学連携

障がい者のためのスポーツイベント

**健康チェックシート（5日分）**

※当日、受付にご提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名 |  |
| 月　　　日 | **記入例** | 11/19 | 11/20 | 11/21 | 11/22 | 当日 |
| 7/12 |
| 身体症状 | その日の体温（℃） | 36.5 |  |  |  |  |  |
| 味覚・嗅覚障害 |  |  |  |  |  |  |
| 咳 |  |  |  |  |  |  |
| のどの痛み |  |  |  |  |  |  |
| 倦怠感 |  |  |  |  |  |  |
| 息苦しさ | ✔ |  |  |  |  |  |
| 接触 | 過去2週間以内に海外から帰国 |  |  |  |  |  |  |
| 過去2週間以内に感染者と接触 | ✔ |  |  |  |  |  |
| 過去２週間以内に感染リスクがある行動をとった |  |  |  |  |  |  |

※身体症状等に該当なしの場合は体温のみご記入ください。

※上記項目の身体症状及び接触があった場合は、各項目欄にチェック　✔　をいれてください。１項目でも当てはまる場合（✔）は参加できませんのでご了承ください。