

健康チェックシート

大会名：長野県高等学校1年生チーム対抗戦

名前： _____ (_____ 高校)

緊急連絡先： _____

以下の項目について記入をし、大会当日朝に顧問の先生へ提出をしてください。
ご協力よろしくお願いします。

| 項目 | | 12/5(土) | 12/6(日) |
|----|--------------------------------------------|---------|---------|
| 1 | 当日朝の検温 | ℃ | ℃ |
| 2 | 咳、のどの痛みなど風邪の症状 | 有・無 | 有・無 |
| 3 | 倦怠感（体のだるさ、息苦しさ） | 有・無 | 有・無 |
| 4 | 臭覚や味覚の異常 | 有・無 | 有・無 |
| 5 | 体が重く感じる、疲れやすい等の症状 | 有・無 | 有・無 |
| 6 | 過去14日以内に新型コロナウイルス感染者 またはその疑いがある方との接触がある | 有・無 | 有・無 |

- ※ 「有」にチェックが入った方、体調に不安のある方は参加を控えてください。
- ※ このチェックシートは新型コロナウイルス感染対策以外には使用しません。
- ※ このチェックシートは1ヶ月後に破棄します。

【連絡先】

1年生チーム対抗戦実行委員会 赤塩 仁 (TEL 026 - 241 - 6161 長野吉田高等学校)