

高岡向陵高校サッカークリニック

参加当日チェックシート 2020年 月 日記入

氏名	年齢 (才)
中学校名	
所属チーム名	
大会当日の体温	

サッカークリニック前2週間の有無について○を付けてください。

- | | |
|--|-----|
| ①平熱を超える発熱 (おおむね 37 度 5 分以上) | 有 無 |
| ②咳 (せき)、のどの痛みなど風邪の症状 | 有 無 |
| ③だるさ (倦怠 (けんたい) 感)、息苦しさ (呼吸困難) | 有 無 |
| ④嗅覚や味覚の異常 | 有 無 |
| ⑤体が重く感じる、疲れやすい等 | 有 無 |
| ⑥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 | 有 無 |
| ⑦同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる | 有 無 |
| ⑧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 | 有 無 |

※サッカークリニック当日に記入して、高岡向陵高校スタッフに提出してください。

※このチェックシートは、万が一感染が発生した場合に備え、個人情報の取扱いに十分注意しながら、高岡向陵高校サッカー部顧問がクリニック終了後1ヵ月間保存します。

