

# 健康チェックシート

NPO 法人 神奈川県アーチェリー協会

本チェックシートは、新型コロナウイルス感染症拡大防止を目的として、**競技会会場来場者（以下、参加者と記す）**の健康状態を確認する為に提出していただく書類です。

公益財団法人神奈川県スポーツ協会の競技力向上対策事業の一環として、NPO 法人神奈川県アーチェリー協会（以下、県ア協と記す）が開催する、各種事業に参加する場合、必ず本用紙を受付時に提出して下さい。記入いただいた個人情報については、県ア協が、適切に取り扱い、参加者の健康状態の把握、来場可否の判断及び必要な連絡のためにのみ利用します。

また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に情報の提供は行いません。但し、会場にて感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合には、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

本健康チェックシートは、県ア協で **3 週間保管後 2 次利用できない状態にして破棄いたします。**

## ◎ 基本情報

フリガナ 氏名	年齢（      ）	学校名 (所属)
住所	電話番号（大会参加者が未成年の場合は、保護者の電話番号）	

参加当日の体温  度  分

※37.5 度以上の発熱、および下記の(ア)～(ク)に複数の該当項目がある場合、**参加を遠慮、頂きます。**

## ◇ 大会 2 週間前から当日の朝までにおける健康状態について

**該当する項目の「あり・なし」を○で囲って下さい。**

ア	平熱を超える発熱（おおむね 37.5 度以上）の日があった。	あり・なし
イ	咳（せき）、のどの痛みなどの風邪症状があった。	あり・なし
ウ	だるさ、疲れやすい（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）があった。	あり・なし
エ	嗅覚や味覚の異常があった。	あり・なし
オ	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が居た。	あり・なし
カ	新型コロナ感染症陽性と診断された者との濃厚接触があった。	あり・なし
キ	クラスター発生施設への滞在歴があった。	あり・なし
ク	政府が入国制限、入国後の観察期間が必要と定めた国、地域等への渡航 又は当該在住者との濃厚接触があった。	あり・なし

（参加者が未成年の場合）保護者 確認欄

保護者氏名

印