

月 日

JMSCA 競技委員会

大会名 氏名 登録 所属 住所 電話 メール				
	選手 <input type="checkbox"/> 帯同 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> メディア <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/>			
検温	月 日 _____ °C	月 日 _____ °C	月 日 _____ °C	
問診1	2週間以内に海外渡航歴ある。有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>			
問診2	新型コロナウイルス感染症と確定された患者、または疑われる患者と濃厚接触があった。 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>			
問診3	発熱 (37.5°C以上)が続いている	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
	咳が続いている	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
	息切れ、呼吸が苦しい	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
	痰がでる	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
	のどの痛みがある	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
	鼻水がとまらない	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
	頭痛がする	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
	全身倦怠感がある	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
	関節痛がある	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
	下痢が止まらない	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
	吐き気・嘔吐がある	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
	嗅覚、味覚が異常	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
問診5	現在解熱剤を服用しているか	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
	現在咳止めを服用しているか	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	

上記の記載事項に間違いのないことを証明致します。

サイン \_\_\_\_\_

みなさまからご提供いただいた情報は、大会の開催の健康管理において利用します。  
お客様の同意なく、情報の収集、目的外の利用を行うことはありません。大会終了後は破棄します。