※代表者⇒本部(原本保管)⇒代表者(コピー保管)

※保管は、記入日より3か月を目安とする。

健　康　チ　ェ　ッ　ク　シ　ー　ト

この健康チェックシートは、大会における感染発生時、関係機関への提出をお願いする場合があります。

記入の際には、本人に承諾を得てから、健康チェックシートへの記入をお願いいたします。

(※児童、生徒の場合は、保護者の承諾が必要となります。)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 記入日　令和　　年　　月　　日 |
| チーム名(学校名) |  | （　　男子　　・　　女子　　） |
| 代表(顧問) | 氏名 |  | 連絡先 | TEL： |
| メールアドレス： |
| 当日朝の体温を記入し、該当する項目に〇を記入する。発熱および項目に該当した人は参加できません。 |
| 氏　　　名（チーム関係者※5） | 当日朝の体温 | 風邪の症状※1 | だるさ息苦しさ | 味覚嗅覚の異常 | 感染者と濃厚接触※2 | 同居家族等感染疑い※3 | 海外渡航※4 |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
|  | ℃ |  |  |  |  |  |  |

※1　せき、のどの痛み等

※2　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がある。

※3　同居家族や身近な知人に感染が疑われる者がいる。

※4　過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が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。

※5　チーム関係者とは、選手以外のマネージャー、ヘッドコーチ、アシスタントコーチ等のスタッフも含む。

※6　記入欄が足りない場合、複数枚にわたって作成してください。

一般財団法人　兵庫県バスケットボール協会