

《対象者：競技役員・補助員・選手・指導者》・・・該当名を○で囲む

【大会後】新型コロナウイルス感染症についての体調管理チェックシート

大会名：茨城陸上競技協会 長距離記録会

大会期日：令和 4年 3月 26日（土）～ 月 日（ ）

※大会終了後2週間は健康チェックをすること。主催者から連絡があった場合は、必ず提出すること。

※大会が数日間開催される場合、2日目以降は、この様式3の大会後チェックシートに記入する。

※該当しない場合は✓を入れ、該当する場合は○を記入すること。(体温0.1℃単位の数字を記入)

No	チェックリスト	3/27	3/28	3/29	3/30	3/31	4/1	4/2	4/3	4/4	4/5	4/6	4/7	4/8	4/9
1	のどの痛みがある														
2	咳（せき）が出る														
3	痰（たん）がでたりからんだりする														
4	鼻水、鼻づまりがある※アレルギーを除く														
5	頭が痛い														
6	体のだるさなどがある														
7	発熱の症状がある														
8	息苦しさがある														
9	味覚異常（味がしない）														
10	臭覚異常（匂いがしない）														
11	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

※症状が4日以上続く場合は、必ず最寄りの保健所、医師会診療所等に報告する。症状には個人差がありますので、強い症状と思う場合にはすぐに報告する。

※保健所、医師会、診療所等に相談後、必ず大会主催者に報告する。

所 属（登録団体名） 日立陸上クラブ

参加者氏名

※参加者が未成年の場合保護者名記入

連絡先（電話 or 携帯番号）

保護者氏名