

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の症状チェック（個人用）

このフォームは、試合会場に来場する個人が新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の症状がないこと、そして、他の人へのリスクが限定的であることを確認するための書面です。

■日付

2023	年	月	日
-------------	---	---	---

■氏名

	姓	名
フリガナ		
漢字		

■連絡先

TEL	E-Mail

■現在、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）だと診断されているか、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を罹患していると思われますか？*

はい いいえ

■この14日間に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の以下のような症状がありましたか？

・高熱（37.5℃以上） はい いいえ

・咳が連続的に出るようになった はい いいえ

・不明な息苦しさを感じるようになった はい いいえ

■新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の患者だと確定された人または疑われている人とこの14日間に接触しましたか？*

はい いいえ 可能性があります

これらの質問のいずれかに「はい」または「可能性があります」と回答した場合は、自宅に待機し、所属団体の責任者へ通知してください。また、各都道府県の帰国者・接触者相談センター（保健所）の相談窓口へ連絡し、指示に従う必要があります。

次の質問は**医療従事者の方のみを対象**としていますので注意してください

■新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の患者だと確定された人または疑われている人の確認をこの14日間で行った際に、適切な個人用防護具を利用するなど、感染防止のためのあらゆる措置が講じられていましたか？

はい いいえ 該当なし