

都市間交流スポーツ大会 申込(兼)問診票

令和3年4月4日
(住吉武道館弓道場)

(ふりがな) 氏名		生年月日(西暦)		性別
		年齢 (令和4年3月31日現在)		男・女
所属クラブ		称号・段位		
住所		連絡先 自宅・携帯		
勤務先名		勤務先 住所		
勤務先電話				

問診票

※ 以下の質問にあてはまるものに☑をつけて下さい

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 平熱を超える熱がある(おおむね 37度0分以上)
4/1 度分 4/2 度分
4/3 度分 4/4 度分(自宅にて) | <input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等がある |
| <input type="checkbox"/> 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状がある | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と濃厚接触がある |
| <input type="checkbox"/> だるい(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がある | <input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる |
| <input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚に異常がある | <input type="checkbox"/> 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を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 |
| | <input type="checkbox"/> 特に体調の異常はない |

※ 4月4日以前の14日以内に発熱等の体調異常があった場合は、遅滞なく府連事務局にご連絡下さい。

※ 問診票部分は、1カ月経過後、シュレッダーにより廃棄処分します。