

※下記の項目について、記入の上、当日受付の際に提出ください。

令和4年7月10日（日）

新型コロナウイルス感染症症状チェック

出場クラス：	
氏名：	
	連絡先（携帯電話）

本日より前2週間の以下の事項について該当を○で囲んでください。

（有に該当する場合、自主的に参加の自粛をお願いします）

- 1) 平熱を越える発熱 ( 有 ・ 無 )  
\*ただし、ワクチン接種後の副反応は除く
- 2) 咳や喉の痛みなどの風邪の症状 ( 有 ・ 無 )
- 3) 倦怠感、呼吸困難 ( 有 ・ 無 )
- 4) 嗅覚・味覚異常 ( 有 ・ 無 )
- 5) 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者の有無 ( 有 ・ 無 )
- 6) 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる ( 有 ・ 無 )
- 7) 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の経過観察を必要とされている国、地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合 ( 有 ・ 無 )
- ※ワクチン接種回数 ( 回 ・ 無 )