

|                         |  |
|-------------------------|--|
| フリガナ                    |  |
| ご氏名                     |  |
| (ランナーの場合)<br>アスリートピブス番号 |  |

**【大会前／提出用】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**

※大会前 10 間日の健康チェックをすること。

※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）

※（記録は「36.1℃」のように小数点第一位までご自身で記載してください）

| No | チェックリスト             | 5/5 | 5/6 | 5/7 | 5/8 | 5/9 | 5/10 | 5/11 | 5/12 | 5/13 | 5/14 |
|----|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|
| 1  | 体温                  | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃    | ℃    | ℃    | ℃    | ℃    |
| 2  | のどの痛みがある（違和感を感じる）   |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |
| 3  | 咳（せき）が出る            |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |
| 4  | 痰（たん）がでたり、からんだりする   |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |
| 5  | 鼻水、鼻づまりがある※アレルギーを除く |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |
| 6  | 頭が痛い                |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |
| 7  | 体のだるさなどがある          |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |
| 8  | 発熱の症状がある（普段の体温より高い） |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |
| 9  | 息苦しさがある             |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |

※症状がみられる場合はかかりつけ医にまず電話で相談してください。

※かかりつけ医で対応できない場合、かかりつけ医がない場合は、保健所までお問い合わせください。