

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 症状チェックリスト

三重県テニス協会

行事委員会

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____

年齢 _____ 歳

住所 _____

連絡先 電話番号 _____

電話番号 _____

大会当日の体温 _____ °C

イベント前2週間における以下の事項の有無 (○を付けてください)

- | | | |
|--|---|---|
| ①平熱を超える発熱 | 有 | 無 |
| ②咳やのどの痛みなど風邪の症状 | 有 | 無 |
| ③だるさ (倦怠感) | 有 | 無 |
| ④息苦しさ (呼吸困難) | 有 | 無 |
| ⑤嗅覚や味覚の異常 | 有 | 無 |
| ⑥体が重く感じる、疲れやすい等 | 有 | 無 |
| ⑦新型コロナウイルス感染症養成者との濃厚接触の有無 | 有 | 無 |
| ⑧同居家族や身近な知人に感染が疑われる方の有無 | 有 | 無 |
| ⑨過去14日以内に政府から入国制限、入国が経過観察を必要とされる国、
地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触の有無 | 有 | 無 |

本チェックリストにより提出された情報は、本協会個人情報保護の方針に基づき
取り扱いを行い、本大会以外での使用は致しません