大会当日に提出が必要です

【NO. 1】

◆新型コロナウイルス感染症関連問診票◆

大会参加の為、この問診表に記入し提出しなければならないことをご理解の上、ご協力をお願いします。

大会名			
氏名		生年月日	(西暦)　　年　　月　　日
住所	〒	区分	☐ 選手 ☐ 監督・コーチ・スタッフ
連絡先	(自宅・携帯)		
連絡先	氏名	連絡先	本人との関係

海外渡航歴の確認

直近 14 日以内に、海外への渡航歴はありますか? また、渡航者との接触がありましたか?	☐ はい ☐ いいえ

体調チェック

直近 14 日以内に、該当する症状がある場合に☑を入れてください。該当しない場合は記入しなくて結構です。

症状 (14 日以内)	☐ 発熱(　　℃)　☐ 悪寒　☐ から咳　☐ 鼻づまり　☐ 頭痛
	☐ 咽頭痛　☐ 全身の倦怠感　☐ 筋肉痛　☐ 食欲不振　☐ 下痢
	☐ 味覚障害　☐ 嗅覚障害　☐ 呼吸困難　☐ 胸痛　☐ 濃性炎
	☐ その他
発症日時	月　日　時頃　☐ 出発前(場所:　　)　☐ 移動中　☐ その他
確認者	☐ 本人　☐ 医療関係者　☐ 保健所担当　☐ 検疫所担当者　☐ その他 確認機関名:　　確認日時:
医療機関の診断	☐ 肺炎　☐ 急性呼吸困難症候群　☐ その他 ☐ 胸部レントゲン撮影 (所見:　　)

基礎疾患(新型コロナウイルスに感染した際、重症化を防ぐために医療機関に報告する内容になります。)

☐ 心臓(病名:　　)　☐ 腎臓(病名:　　)
☐ 糖尿病　☐ その他持病(　　)

上記記述内容が事実であることを確認します。虚偽記載による問題発生時には本人に責任があることを確認します。

本人署名 ：

＜個人情報の収集・活用に関する同意書＞

・収集する個人情報の項目	氏名/生年月日/連絡先/住所
・個人情報の利用目的	新型コロナウイルス感染症疑い患者の把握のために利用
・個人情報の保有及び利用期間	収集日から 6 カ月後破棄
・個人情報提供同意拒否権利及び同意拒否による不利益内容及び制限事項	正常な大会運営に必要最低限の情報に該当する為、本人が同意しない場合は、大会に参加できない可能性があります

「個人情報保護法」等の関連法律により、上記内容について十分認知して、個人情報収集及び活用に同意します。

☐ 同意する　☐ 同意しない

(西暦)　　年　　月　　日

本人署名