

団体名：.....

指導者名：.....

練習日時：.....

衛生についてのアンケート

氏名：

【過去 14 日間に以下の症状があったか？】

	症 状	はい	いいえ
1	体温 37.5℃以上（もしくは平熱+1℃以上）		
2	異常な喉の渇き		
3	のどの痛み		
4	突然の息切れ		
5	突然の嘔吐および/または下痢		
6	突然の関節痛および/または筋肉痛		
7	原因不明の疲労感		

【以下の記述に当てはまるか？】

		はい	いいえ
8	過去 1 カ月以内に、あなたまたは同居者は、Covid-19 陽性者または陽性推定者と濃厚接触があったか？		
9	同居者の中で、自己隔離または法的に隔離されている者はいるか？		
10	同居者の中に、以下の病状を持ち、虚弱な人がいますか（70 歳以上、心臓病または慢性肺病、免疫不全）		

【新型コロナウイルスに感染経験がある方】

※新型コロナウイルスに感染し治療を受けた経験がある場合は、練習を再開する前に、まず、医師へ相談してください。

新型コロナウイルス感染の症状（発熱、風邪、咳、胸痛、疲労感、味覚や嗅覚の喪失、下痢など）が 24 日以上前に始まりましたが現在は無事に回復しました。PCR 検査におきましても、少なくとも 2 回連続で陰性であったことを証明いたします。

.....
指導者の署名

.....
選手 / 保護者の署名