

健康チェックシート（女子トレセン用）

本健康チェックシートは、石川県女子トレセンにおいて新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の健康状態を確認することを目的としています。
 本健康チェックシートに記入いただいた個人情報について、厳正なる管理のもとに取扱い、関係者の健康状態の把握、参加可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除きご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、会場にて感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合に必要範囲で保健所等に本シートを提供することがあります。

<基本情報>

トレセン名 ○をつけてください	女子U-12トレセン ・ 女子U-14トレセン ・ 女子U-16トレセン		
所属 (チーム名)			
フリガナ		生年月日	
氏名		連絡先	
住所			

月		健康状態	√とならない場合 の該当項目の番号	保護者 確認欄 (サイン)	備考	体温は毎日朝起きたときに計測し、記入しましょう。 自分の平熱は ()℃
日	曜日	体温	全てクリア ✓			
		℃				
		℃				下の①～⑧の項目について、すべてあてはまる場合は、「健康状態 全てクリア」の欄に「✓」を入れてください。 あてはまらない項目がある場合（症状や異常がある場合）は、その番号をとりの欄に記入し、備考欄に気づいたことや気になることを記入してください。
		℃				
		℃				
		℃				① 平熱を1℃以上超える発熱がない
		℃				② 咳（せき）、のどの痛みなどの 風邪症状がない
		℃				③ だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がない
		℃				④ 臭覚や味覚の異常がない
		℃				⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等がない
		℃				⑥ 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がない
		℃				⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない
		℃				⑧ 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がない
		℃				同居家族に上記①～⑦について該当する症状がある方がいる場合は、備考欄に記入してください。
		℃				

(活動参加者が未成年の場合) 保護者 同意欄

保護者 署名 (自署)

電話番号

Eメールアドレス

引率	参観	氏名 (続柄)

保護者様へ：

当日の引率・参観の有無、お名前をお願い致します。

本チェックシートはコピーして各回ご使用下さい。

石川県サッカー協会HP <http://www.ishikawa-fa.or.jp/> からダウンロードできます