

スポーツライミング COVID19対応健康チェック表2
大会名 SCJT 2020 ボルダリング第4戦

下記の記載事項に間違いのないことを証明致します。

サイン _____

提出日： _____

* ご提供いただいた情報は、SCJT2020における健康管理について利用いたします。

JMSCA

提出者の同意なく情報収集、目的外の利用を行うことはありません。大会終了後は破棄します。

氏名

日付		11 / 1	11 / 2	11 / 3	11 / 4	11 / 5	11 / 6	11 / 7	11 / 8	11 / 9	11 / 10	11 / 11	11 / 12	11 / 13	11 / 14	/
体温 (最高)		°C														
呼吸器症状	咳が続いている	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	息切,呼吸苦しい	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	痰が出る	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	喉の痛みがある	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	鼻水、鼻つまり	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
全身	頭痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	全身倦怠感	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	関節痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	下痢	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	吐き気・嘔吐	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
その他	嗅覚、味覚の異常	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														

日付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温 (最高)		°C														
呼吸器症状	咳が続いている	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	息切,呼吸苦しい	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	痰が出る	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	喉の痛みがある	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	鼻水、鼻つまり	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
全身	頭痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	全身倦怠感	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	関節痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	下痢	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	吐き気・嘔吐	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
その他	嗅覚、味覚の異常	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														

行動チェック
る 新
人 型
と コ
濃 ロ
厚 ナ
接 ウ
触 イ
が ル
あ ス
っ 感
た 染
。 症
有 と
□ 確
（ 定
さ れ
た
日 ） 患
者、
無 □ また
は 疑
わ
れ