

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 リード第3戦

下記の記載事項に間違いのないことを証明致します。

* 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。

サイン _____

提出日：20201212

JMSCA

氏名

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。

日付		11 / 29	11 / 30	12 / 1	12 / 2	12 / 3	12 / 4	12 / 5	12 / 6	12 / 7	12 / 8	12 / 9	12 / 10	12 / 11	12 / 12	/
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
 患者、
 無または
 疑われ