令和３年度　岩手県長寿社会健康と福祉のまつり

問　診　票

（連絡先および健康状態の確認のお願い）

新型コロナウィルスの感染拡大予防のため、今大会参加にあたりまして、以下の情報提供をお願いいたします。個人毎にご記入の上、各大会開催当日に受付にご提出下さい。

提出された個人情報は、新型コロナウィルス対策以外には利用しません。

なお、大会終了後に特に問題がなければ、大会から１か月後を目途に廃棄します。

|  |
| --- |
| 競技名 |
| 氏　　名 | 年齢： |
| 住　　所 |
| 連絡先（携帯電話番号）： |
| 大会当日の体温 | （ 　　　　　　　　 ）℃ |
| 大会前２週間における以下の事項の有無 |
| 1 | 平熱を超える発熱（おおむね37度以上） | □　あり | □　なし |
| 2 | 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状 | □　あり | □　なし |
| 3 | だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難） | □　あり | □　なし |
| 4 | 嗅覚や味覚の異常 | □　あり | □　なし |
| 5 | 体が重く感じる、疲れやすい等 | □　あり | □　なし |
| 6 | 新型コロナウィルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無 | □　あり | □　なし |
| 7 | 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる | □　あり | □　なし |
| 8 | 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を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 | □　あり | □　なし |
| 9 | ワクチン接種の状況 |
| １回目 | □接種済□未接種（予定有無：　　　　　　） | 2回目 | □接種済□未接種（予定有無：　　　　　　） |

**個人毎にご記入のうえ、大会当日の受付にご提出ください。**