提出先：県・地区スタッフ

**◎石川県育成センター　健康チェックシート**

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 令和　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 選　手氏　名 |  |
| 選　手連絡先 | 〒　　　－　　　住所（TEL　　　－　　　　－　　　　　） | 年齢 | 　　　　　　　歳 | 学年　　　　　　　　　 | 　　年 |
| 学校名クラブ名 |  | 保護者氏　名 |  |

チェック事項（過去１４日以内までの状況）

ア　下記のいずれにも該当しない。

イ　咳・のどの痛みなど風邪の症状がある。

ウ　だるさ、息苦しさ（呼吸困難）を感じる。

エ　味覚や嗅覚に異常を感じる。

オ　新型コロナウイルス感染症と診断された者との

濃厚接触がある。

カ　同居家族や身近な人に感染を疑われる人がいる。

キ　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、地域への渡航歴がある。

|  |  |
| --- | --- |
| 本日の体温 | チェック事項のア～キを記入 |
| ℃ |  |