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 |
| ℃ |  |