

提出先 名古屋市アーチェリー協会

記入日： 年 月 日

問診票 (競技会用)

- ・本問診票に記入して、受付時に提出してください。会場に入場する選手・監督・コーチなど全ての入場者が対象で、1人につき1枚を提出してください。
- ・会場内では、SL上で行射する時以外は必ずマスクを着用し、他者との距離を1m以上確保してください。
- ・大会終了後2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、当協会に対して速やかに報告してください。
- ・本問診書は、感染予防対策以外に利用しません。日本スポーツ協会のガイドラインに従い、指定期間後は廃棄します。

所属名： _____

氏名： _____

住所： _____

電話番号： _____

本日の体温： _____ . **度** (37.5度以上の方は、参加をお断り致します)

★下記問診に対する回答欄の「いいえ」・「はい」の何れかに、○をつけてください。

※ 問診1～4に対して、「はい」との回答がある場合は、参加をご遠慮ください。

- 過去14日以内に、以下に記載する症状があった。 いいえ ・ はい
 - ・平熱を超える発熱がある。(おおむね平熱より1度以上高い)
 - ・咳(せき)、のどの痛みなどの風邪の症状がある。
 - ・だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がある。
 - ・嗅覚や味覚の異常がある。
- 新型コロナウイルス感染症の診断で陽性とされた方との濃厚接触がある。 いいえ ・ はい
- 同居家族や身近な知人に、感染が疑われる方がいる。 いいえ ・ はい
- 過去14日以内に、クラスター発生施設等への訪問歴がある。 いいえ ・ はい
- 過去14日以内に、海外あるいは緊急事態宣言発出中の地域への訪問・滞在などがあった。 いいえ ・ はい
(訪問先： _____) ← 回答が「はい」の方は、ご記入ください
- 本問診票を競技会開催日より1カ月は保存管理し、必要に応じて保健所等へ提出することに同意します。 はい ・ いいえ