該当するいずれかに○をして下さい。　　 　　 選手　　　観客　　　審判　　　係委員

※静岡県空手道連盟HP(<https://www.seikuren.com/>)からも問診票をダウンロードできます。

静岡県空手道連盟

**問　診　票**

**( 大 会 参 加 同 意 書 )**

令和　 　年　 　月　 　日

下記の健康調査を確認の上、大会に参加することを同意いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 道 場 名 |  |
| 氏　　名 |  | ★学　年 | 小学（　　　　　　）年生 |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 当日の体温 | 度 |
| ★種目・コート | 形　　・　　組手　　（　　　　　　　コート） |

※★印の蘭は選手のみ記入してください。

●　大会前2週間における以下の項目にお答えください。(どちらかに○を)

ア.　平熱を超える発熱の有無　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ある　　・　　なし

イ.　咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状 　　　　　　　　　　　　 ある　　・　　なし

ウ.　だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難) 　　　　　　 　 ある　　・　　なし

エ.　嗅覚や味覚の異常等 　　　 ある　　・　　なし

オ.　新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との

オ.　濃厚接触の有無 　　　ある　　・　　なし

カ.　同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる　　　　　　　 ある　　・　　なし

キ.　過去 14 日以内に政府から入国制限、 入国後の観察期間

キ.　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

キ.　濃厚接触の有無 　　　ある　　・　　なし

* この調査に関する個人情報については、新型コロナ感染対策だけのものであり、他の目的では使用いたしません。