

◆新型コロナウイルス感染症関連申告書

大会参加のため、この申告書に記入し提出しなければならないことをご理解の上、ご協力をお願いします。

氏名			生年月日	(西暦)	年	月	日
住所	〒						
連絡先	( 自宅 ・ 携帯 )	( )	-				
緊急連絡先	氏名		連絡先	( )	-	本人との関係	
競技名	令和4年度（第16回）全国小学生ゴルフ春季大会						

海外渡航歴の確認(保護者を含む)

最近(直近5日以内)に、海外への渡航歴はありますか？  
または、渡航者との接触がありましたか？

☐ はい ☐ いいえ

体調チェック(最近10日以内に、該当する症状がある場合に☑を入れてください。該当しない場合は記入しなくて結構です)

症状 (10日以内)	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C) <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> から咳 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 頭痛
	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 全身の倦怠感 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 濃性痰
	<input type="checkbox"/> その他
発症日時	発症日時(    月    日    時頃) <input type="checkbox"/> 出発前(場所:                      ) <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> その他(                      )
確認者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 保健所担当 <input type="checkbox"/> 検疫所担当者 <input type="checkbox"/> その他 確認機関名:                      確認日時:
医療機関の診断	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 急性呼吸困難症候群 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン撮影: <input type="checkbox"/> はい(所見:                      ) <input type="checkbox"/> いいえ
基礎疾患(万一、新型コロナウイルスに感染してしまった際、重症化を防ぐために医療機関に報告する内容になります。)	
<input type="checkbox"/> 心臓 (病名:                      ) <input type="checkbox"/> 腎臓 (病名:                      )	
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他持病(                      )	

<参加誓約書>

- 1、上記記述内容が事実であることを確認します。虚偽記載による問題発生時には本人に責任があることを確認します。
- 2、近親者、又は濃厚接触者に新型コロナウイルス感染症の疑いのある者、もしくは感染している者はいません。
- 3、感染防止のために主催者が決めたその他の措置の順守、指示に従います。
- 4、私個人の責任において健康管理に十分な注意を払い大会に参加し、万一体調などに異常が生じた場合はすみやかに大会参加を中止します。
- 5、イベント終了後 5日以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、主催者に対して速やかに濃厚接触者の有無等について報告いたします。

◆署名欄

年      月      日

参加選手署名:

保護者署名:

※裏面も必ず記入してください。

## ◆新型コロナウイルス感染症関連問診票

大会参加のため、この問診票に記入し提出しなければならないことをご理解の上、ご協力をお願いします。

氏 名	
-----	--

【平熱】                      °C

競技大会当日を含め直近5日間各日の、毎朝の体温を計測し、大まかな行動範囲、外出先等の記録をお願いします。

日 付	曜日	体調	検温結果	主な滞在地・行動の記録など
4日前	(       )	良好・不良	°C	
3日前	(       )	良好・不良	°C	
2日前	(       )	良好・不良	°C	
1日前	(       )	良好・不良	°C	
当日	(       )	良好・不良	°C	

## 【重要】:

- ・ 競技開催日を含めて5日以内に37.5度以上の発熱があった場合や、または平熱より高い状態が2日ないし3日以上続いた場合、体調チェック欄の該当項目があり、その内容によっては出場を認めません。（基礎疾患欄は除く）また、海外渡航歴（直近5日以内）記入欄への記載があった場合、出場を認めません。
- ・ 感染防止のために主催者が決めたその他の措置の順守、主催者の指示に従ってください。
- ・ 競技終了後5日以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、主催者に対して速やかに報告をしてください。