

A

来場・業務  
初日提出用

## マラソンフェスティバルナゴヤ愛知2021



## 新型コロナウイルス感染症についての『健康チェックシートA』

本シートは新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、関係者の健康状態を確認することを目的としています。  
 ご記入いただいた個人情報については、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。  
 また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、ご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。  
 ただし、本イベントにて感染症患者またはその疑いのある方が発見され、保健所などの行政機関より提出を求められた場合は、必要な範囲で提供することがあります。

個人情報の取得・利用・提供に同意する（※上記内容に同意される場合は□に✓を入れてください）

※来場・業務初日の7日前から記入し、初日に検温場所などで提出してください。

※来場・業務が2日以上の方のみ、引換えに「健康チェックシートB」をお渡しします。来場・業務最終日までチェックいただき、検温場所または集合場所等でご提出ください。

該当しない場合は✓を入れ、該当する場合は○を記入してください。体温は0.1°C単位の数字を記入してください。

来場・業務初日の6日前から下記No.1~14の項目に該当する方（1つでも○が有る場合）、37.5°C以上の発熱をした方は来場・業務をお断りさせていただきます。

| No.  | チェックリスト                      | 3月2日(火)  | 3日(水)  | 4日(木)  | 5日(金)  | 6日(土)  | 7日(日)  | 8日(月)  | 9日(火)  | 10日(水) | 11日(木) | 12日(金) | 13日(土) | 14日(日) | 15日(月) |
|--|------------------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 記入例) 3月10日(水)が初来場日<br>※14項目すべて「レ」チェック必須です。<br>※体温も日々記入ください。来場当日も記入が必須です。 |                              | 3/3(水)~3/10(水)の8日間=初来場日を0日として7日前から記入。日々の体温とともに来場日当日もご記入ください。 |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|  |                              |  | ✓      | ✓      | ✓      | ✓      | ✓      | ✓      | ✓      | ✓      |        |        |        |        |        |
|  |                              |  | 35.8°C | 36.2°C | 35.9°C | 36.1°C | 36.1°C | 36.3°C | 35.9°C | 36.2°C |        |        |        |        |        |
| 1  | のどの痛みがある                     |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 2  | 咳（せき）が出る                     |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 3  | 痰（たん）がでたり、からんだりする            |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 4  | 鼻水、鼻づまりがある ※アレルギーを除く         |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 5  | 頭が痛い                         |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 6  | 体のだるさなどがある                   |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 7  | 発熱の症状がある                     |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 8  | 息苦しさがある                      |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 9  | 味覚異常(味がしない)                  |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 10   | 嗅覚異常(匂いがしない)                 |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 11   | 下痢の症状がある                     |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 12   | 薬剤の服用（解熱剤等上記症状を緩和させる薬剤）      |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 13   | 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる       |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 14   | 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触がある |  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 15   | 体温                           | °C   | °C     | °C     | °C     | °C     | °C     | °C     | °C     | °C     | °C     | °C     | °C     | °C     | °C     |

氏名：

住所（ご自宅）

※出来る限り、日中ご連絡が取れる携帯番号などをご記載ください

電話番号（携帯）：

所属/会社名：

※未成年の場合は保護者の署名が必要です

保護者氏名：

提出日（初来場・業務日）： 3月 日