【付属文書1】

**新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の症状チェック（個人用）**

このフォームは、試合会場に来場する個人が新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の症状がないこと、そして、他の人へのリスクが限定的であることを確認するための書面です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 | 体　温 | ℃ |

■日付

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 姓 | 名 |
| （フリガナ） |  |  |
|  |  |  |

■氏名

|  |  |
| --- | --- |
| TEL | E-Mail |
|  |  |

■連絡先

■現在、新型コロナウイルス感染症（COVID-19だと診断されているか、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を罹患していると思われますか？\*

* はい □　いいえ

■この14日間に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の以下のような症状がありましたか？

・高熱（37.5℃以上） □　はい □　いいえ

・咳が連続的に出るようになった □　はい □　いいえ

・味覚障害、嗅覚障害があった　　　　　　□　はい □　いいえ

・不明な息苦しさを感じるようになった □　はい □　いいえ

■今現在　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）　治療中の人または隔離中の人、または濃厚接触者とこの14日間に接触しましたか？\*

* はい □　いいえ □　可能性があります

これらの質問のいずれかに「はい」または「可能性があります」と回答した場合は、自宅に待機し、所属団体の責任者へ通知してください。また、各都道府県の帰国者・接触者相談センター（保健所）の相談窓口へ連絡し、指示に従う必要があります。

■今日　現在までに　新型コロナウイルスワクチンを接種していますか？

* はい

□　１回目　 （　　月　　日）番号（＃　　　　　　　　　）

□　２回目　　（　　月　　日）番号（＃　　　　　　　　　）

□　いいえ 　接種予定予約日　（　　月　　日）

□　接種予定なし

次の質問は医療従事者の方のみを対象としていますので注意してください

■新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の患者だと確定された人または疑われている人の確認をこの14日間で行った際に、適切な個人用防護具を利用するなど、感染防止のためのあらゆる措置が講じられていましたか？　□　はい □　いいえ □　該当なし