**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 |

■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

■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。