

健康チェックシート（コーチ・保護者用）

沖縄県ミニバスケットボール連盟

大会 日目 令和 年 月 日 ()

大会当日に書面を記入し、提出してください。

シートは大会当日、各地区（受付）へ提出をお願いします。

大会前**2週間**における下記の項目に該当する方は、本日の大会への参加は控えてください。

- ①平熱を超える発熱がある
- ②咳（せき）、のどの痛みなどの風邪症状がある
- ③だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がある
- ④体が重く感じたり疲れやすい等がある
- ⑤新型コロナウイルス感染症陽性と察れた者との濃厚接触がある
- ⑥同居家族に感染が疑われる方がいる
- ⑦過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国や地域等への渡航又は当該居住者との濃厚接触がある

チーム名： (男・女)

感染対策責任者氏名：

連絡先：

※上記①～⑦項目の該当がない方はチェックを入れてください。

	氏名	チェック	備考
コーチ			
1			
2			
3			
4			

本健康チェックシートは、大会において新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の健康状態を確認することを目的としています。

本健康チェックシートに記入いただいた個人情報について、本連盟は厳正なる管理のもとに保管し、大会運営関係者の健康状態の把握、来場可否の判断及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、大会会場にて感染者又はその疑いのある方が発見された場合に、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。尚、本チェックシートは、3カ月後には適切な方法で破棄いたします。