

連絡先および健康状態申告のお願い

岡山市レディース卓球連盟

新型コロナウイルスの流行予防のため、以下の情報提供をお願い致します。ご記入の上、大会当日持参し、受付にご提出下さい。尚、提出された個人情報の取扱には十分配慮いたします。

大会名		大会日	年 月 日
チーム名	チーム責任者		連絡先(電話番号)

No.	氏名	性別	当日体温	大会前日から7日間以内における以下の事項の有無				
1		男・女		だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛み等風邪の症状、体が重い、疲れやすい	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				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の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入			2022年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
2		男・女		だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛み等風邪の症状、体が重い、疲れやすい	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				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の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入			2022年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
3		男・女		だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛み等風邪の症状、体が重い、疲れやすい	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				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の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入			2022年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
4		男・女		だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛み等風邪の症状、体が重い、疲れやすい	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				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の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入			2022年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
5		男・女		だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛み等風邪の症状、体が重い、疲れやすい	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				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の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入			2022年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
6		男・女		だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛み等風邪の症状、体が重い、疲れやすい	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				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の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入			2022年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
7		男・女		だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛み等風邪の症状、体が重い、疲れやすい	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				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の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
				政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入			2022年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし