



新潟ハーフマラソン2023

【提出用】新型コロナウイルス感染症についての体調管理チェックシート

本チェックシートは本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。本チェックシートに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。但し、会場にて感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合に必要範囲で保健所等に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

※開催1週間前から記入し、当日主催者の指示に従い提出すること。

※該当しない場合は✓を入れ、該当する場合は○を記入すること（体温0.1℃単位の数字を記入）。

※チェック項目に該当、発熱等体調の不安、県外者との接触等がある時点で主催者（新潟陸上競技協会 025-257-7636）へ速やかに連絡をすること。

※内容によっては、来場をご遠慮いただく場合もありますので、予めご了承ください。

No.	チェックリスト	3/12	3/13	3/14	3/15	3/16	3/17	3/18	3/19
1	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
2	平熱を超える発熱の症状がありますか。								
3	"のどの痛み"、"咳（せき）が出る"などの風邪症状はありますか。								
4	鼻水（はなみず）、鼻づまりがありますか。 ※アレルギーを除く								
5	頭が痛いですか。								
6	息苦しさや体のだるさ（倦怠感）などがありますか。								
7	味覚／嗅覚に異常がありますか。（味がしない／匂いがしない）								
8	過去10日以内に新型コロナウイルスに感染した患者、もしくは濃厚接触者との接触がありますか。（可能性がありますか。）								
9	PCR検査または抗原検査を受けられた方は、その結果をお答えください。 ※検査を複数受けられる方は、その都度ご回答ください。								
10	新型コロナウイルスワクチンの接種回数をお答えください。	<input type="checkbox"/> 1回接種 / <input type="checkbox"/> 2回接種 / <input type="checkbox"/> 3回接種 / <input type="checkbox"/> 4回接種 / <input type="checkbox"/> 5回接種 / <input type="checkbox"/> 接種なし							

氏名 _____

所属 _____

【カテゴリー】 ※いずれかにチェックをしてください。

選手

チーム関係者

来賓

大会役員

競技役員

補助員

ボランティア

連絡先（電話番号） _____

保護者氏名 _____

※未成年の場合