

【 体調チェックシート 】

所属 :	横浜市トライアスロン協会
氏名 :	
イベント名 :	オーシャンスイム&ランセミナー

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目	当日
	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日	4月15日	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日	4月22日	4月23日	4月24日
体温 (°C)	°C														
体調 5段階評価：5 良い～1 悪い															
■ 本日の体調で気になることがあれば、該当項目にチェックしてください (複数回答可)															
以下のいずれも該当なし	<input type="checkbox"/>														
咳や喉に痛みがある	<input type="checkbox"/>														
臭覚や味覚に異常を感じる	<input type="checkbox"/>														
胸が痛い・息苦しい	<input type="checkbox"/>														
普段と比べて血圧が高い	<input type="checkbox"/>														
動悸や息切れがする	<input type="checkbox"/>														
頭痛やめまいがする	<input type="checkbox"/>														
顔や足にむくみがある	<input type="checkbox"/>														
下痢や激しい腹痛がある	<input type="checkbox"/>														
筋肉や関節に痛みや腫れがある	<input type="checkbox"/>														
疲れていて体がだるい	<input type="checkbox"/>														
睡眠不足	<input type="checkbox"/>														
その他、普段とは体の調子が異なる	<input type="checkbox"/>														
■ 日常生活で気になることがあれば、該当項目にチェックしてください (複数回答可)															
1. 外出の際、マスクを忘れることがある	<input type="checkbox"/>														
2. 頻回の手洗い、手指消毒を忘れることがある	<input type="checkbox"/>														
3. ソーシャルディスタンスを忘れてしまうことがある	<input type="checkbox"/>														
4. 接触確認アプリ (COCOA)からアラートがきた	<input type="checkbox"/>														
5. 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	<input type="checkbox"/>														
6. 入国制限がある国、地域へ渡航していた	<input type="checkbox"/>														
7. 出張、遠征などで長距離の移動があった	<input type="checkbox"/>														
8. 大人数 (5名以上) での会食をした	<input type="checkbox"/>														
9. 大人数のイベントへ参加した	<input type="checkbox"/>														

※上記の4～9に該当する場合、「誰」と「どこで」「何時から何時まで」にその状況があったか、必ず日誌やカレンダーに記録を残してください。感染者が発生したときにお伺いすることがあります。