

大会当日に提出が必要です

北秋田市スキー連盟

新型コロナウイルス感染症関連問診票

大会参加にあたり、この問診票に記入し提出しなければならないことをご理解の上、ご協力をお願いします。

| | | | | | |
|-------|-----------------------------|------|---|---|--------|
| 大会名 | 第21回秋田北空港学童クロスカントリースキー選手権大会 | | | | |
| 氏名 | | 生年月日 | (西暦) | 年 | 月 日 |
| 住所 | 〒 | 区分 | <input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 監督・コーチ・競技役員 | | |
| 連絡先 | (自宅・携帯) | — | | — | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 連絡先 | — | — | 本人との関係 |

海外渡航歴の確認

| | |
|---|---|
| 直近14日以内に、海外への渡航歴はありますか？ また、渡航者との接触がありましたか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
|---|---|

体調チェック

直近14日以内に、該当する症状がある場合を入れてください。該当しない場合は記入しないままで結構です。

| | |
|---------------|--|
| 症状 (14日以内) | <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> から咳 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| | <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 膿性炎 |
| | <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> その他 |
| 発症日時 | 月 日 時頃 <input type="checkbox"/> 出発前(場所:) <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> その他 |
| 確認者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 保健所担当 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 確認医療機関名: 確認日時: |

基礎疾患(新型コロナウイルスに感染した場合、重症化を防ぐために医療機関に報告する内容になります)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 心臓(病名:) <input type="checkbox"/> 腎臓(病名:) |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他の持病() |

上記記述内容が事実であることを確認します。重ねて、虚偽記載による問題発生時には本人に責任があることを確認

参加選手本人署名 :

<個人情報の収集・活用に関する同意書>

| | |
|--|---|
| ・収集する個人情報の項目 | 氏名/生年月日/連絡先/住所 |
| ・個人情報の利用目的 | 新型コロナウイルス感染症疑い患者の把握の為に利用 |
| ・個人情報の保有及びその利用期間 | 収集日(大会当日)から大会終了後1ヶ月後に破棄 |
| ・個人情報提供の同意拒否権利及び同意 | 正常な大会運営に必要な最低限の情報に該当するため、本人が同意しない場合は、大会に参加できない可能性があります。 |
| 「個人情報保護法」等の関連法律により、上記内容について十分認知し、個人情報の収集及び活用することに同意します。 | |
| <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない | |
| 年 月 日 | |
| 署名(親権者又は保護) | |