令和４年・東北地区歯科医師剣道稽古会
同意書及び健康状態チェックシート

新型コロナウイルス感染防止のため、**入場者１人につき、用紙１枚ご記入していただき、同意確認をお願いします。**（※ 同意された方のみの入場とさせていただきます。）

（１）主催者が定めた感染防止対策に同意し、また、主催者が万全の対策を行うも、感染リスクを完全に排除することは困難であることを十分理解し、個人の責任において大会に参加します。

（２）新型コロナウイルス感染拡大防止のため、万が一会場内から感染者が発症した場合には、保健所等の公的機関に個人情報を提供する場合があります。また、大会終了後にご自身の感染が判明した場合には、速やかに実行委員長にご連絡ください。この申告書は、提出日から１ヶ月間保管の後、適切に処分いたします。御理解と御協力をお願いいたします。

（３）事前に以下のチェック項目に回答していただき、入場の際にこの用紙を提出してください。

以上のことについて、　**同意します**　・　**同意しません**　（どちらかを〇で囲んでください）

令和４年＿＿＿月＿＿＿日　（＿＿＿）

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳）　講師　参加者

（〇で囲んでください）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【チェック項目】

ア．平熱を越える発熱　　イ．咳、喉の痛みなどの風邪の症状　　ウ．だるさ、息苦しさ

エ．味覚や嗅覚の異常　　オ．体が重く感じ、疲れやすい

カ．新型コロナウイルス感染者との濃厚接触またはＰＣＲ検査対象
※検査で「陰性」と判断された者を除く

キ．同居家族や身近な知人で感染が疑われる方

ク．過去14日以内に政府から入国制限、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

No	月　日	曜日	体温	上記ア～クの各項目に該当するものに☑を入れる							
				ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク
14日前	月　日		℃								
13日前	月　日		℃								
12日前	月　日		℃								
11日前	月　日		℃								
10日前	月　日		℃								
9日前	月　日		℃								
8日前	月　日		℃								
7日前	月　日		℃								
6日前	月　日		℃								
5日前	月　日		℃								
4日前	月　日		℃								
3日前	月　日		℃								
2日前	月　日		℃								
1日前	月　日		℃								
上記項目に☑が入った場合は、必ず医療機関を受診											

大会当日	月　日		℃								