

健康管理表  
兼 参加同意書

大会名

令和 年 月 日

私は、東京都高体連水泳専門部の大会参加にあたり、要項追加要項に記載の遵守事項に同意します。

参加者氏名

生年月日(西暦) 年 月 日(年齢) 性別 男・女

## 【選手の場合】

私は、上記参加者の東京都高体連水泳専門部の大会参加にあたり、保護者として要項および追加要項に記載の遵守事項同意し、参加を承諾します

保護者氏名

(続柄)

区分	選手 顧問 選手外生徒	所 属	団体番号			
			1	3		
住 所						
電話番号 (本人または保護者)	緊急連絡先 (本人以外)		(続柄:)			
新型コロナウイルスワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目接種済 <input type="checkbox"/> 2回目接種済 <input type="checkbox"/> 3回目接種済	接種日 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日				
参加前7日以内の新型コロナウイルス 感染症陽性者との濃厚接触	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
参加前7日以内の海外渡航歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→国名・都市名 ( )	滞在期間 (	~	)

参加前14日間の健康状態が下記のいずれにも該当しない。

※該当しない場合は☑

- ・平熱を超える発熱(ワクチン接種時の副反応による発熱を除く)
- ・咳・のどの痛み
- ・倦怠感(体がだるい)
- ・息苦しい
- ・頭痛

該当する場合は☑し詳細を記入してください

詳細 月 日 ~ 月 日 症状

※ 事業(大会)実施期間中の体温および体調はADカードに記入してください。

※ 本用紙は参加初日の入場受付時に提出してください。本用紙の提出がないと入場できません。(公式練習日を含む)

※ 記載された個人情報は法令および規程に基づき適切に取り扱うものとし、健康状態の把握、来場可否の判断および必要な連絡のためのみ利用します。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、事業実施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な範囲で保健所等に提供することがあります。