参加者シート（第２地区救急法考査会用）

※参加当日に必ず受付に提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属団・隊など |  |
| 氏名（ヨミガナ） |  |
| 年　齢 | 歳 |
| 性　別 | 男　　／　　女 |
| 住　所 |  |
| 連絡先　　　　　（本人又は保護者） | （ 本人 ・ 保護者 ） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当日の体調について以下の項目に答えてください。 | | | | | |
| ①今朝の体温 | | | ．　　℃ | | |
| ②□頭痛 □せき □のどの痛み □息苦しい □体がだるいなどの症状 | | | あり | | なし |
|  |
| ２週間前までについて以下の項目に〇で囲んで答えてください。 | | | |  |  |
| ①平熱を超える発熱 | | | | あり | なし |
| ②咳（せき）、のどの痛みなどの風邪の症状 | | | | あり | なし |
| ③だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難） | | | | あり | なし |
| ④嗅覚や味覚の異常 | | | | あり | なし |
| ⑤体が重く感じる、疲れやすい等 | | | | あり | なし |
| ⑥新型コロナウィルス感染症陽性とされた者との濃厚接触 | | | | あり | なし |
| ⑦同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる | | | | あり | なし |
| ⑧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がある | | | | あり | なし |
| 本人確認 | |  | | 主催者記入欄 | |
|  | |  | |

印　又は　サイン

※参加者に感染が判明した場合には、本シートを関係機関に公表する場合があります。

※万が一感染が発生した場合に備え、主催者（主管団体）は個人情報に十分注意しながら、当日に参加者から提出を求めた本シートについて、少なくとも１か月以上保存します。