

B) 付属文書 確認書（関係者個人用）

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の症状チェック（個人用）

このフォームは、試合会場に来場する大会運営に関わる運営スタッフが新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の症状がないこと、そして、他の人へのリスクが限定的であることを確認するための書面です。会場到着時にADセンター等へ提出し、必要に応じADを受け取ってください。

■日付： 2022年 月 日

■所属： 千葉県ラグビーフットボール協会

■氏名： フリガナ：

■連絡先： TEL：

E-Mail：

- ① 現在、新型コロナウイルス感染症（COVID19）と診断されていますか？
 はい いいえ
- ② 現在、新型コロナウイルス感染症（COVID19）の濃厚接触者と認定されていますか？
 はい いいえ
- ③ この14日間に以下のような症状がありましたか？
- | | | |
|---------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ・高熱（37.5℃以上） | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・咳が連続的に出るようになった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・不明な息苦しさを感ずるようになった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・嗅覚、味覚の異常を感ずるようになった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
- ④ ③で「はい」と答えた方にお伺いします。
- | | | |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ・医療機関を受診していない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・PCR検査の結果、陽性判定であった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

上記質問①②④のいずれかに「はい」と回答した方は、入場する事はできません。自宅に待機し、各都道府県の帰国者・接触者相談センター、保健所等の相談窓口へ連絡し、指示に従う必要があります。