



ラキールカップ 日本クラブチームゴルフ選手権

※代表者の方にお送りしておりますのでチームの皆さんにお渡しく下さい。

競技当日に提出

◆新型コロナウイルス感染症（COVID-19）関連問診票

大会参加のため、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、ご協力お願いします。

氏名				所属	
連絡先	携帯電話	-	-		

参加申請大会	ラキールカップ 日本クラブチームゴルフ選手権 地区予選
--------	-----------------------------

海外渡航歴の確認	
最近（直近14日間以内）に、海外への渡航歴はありますか？	<input type="checkbox"/> はい
または、渡航者との接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ
渡航先（国名）：	滞在都市： 滞在期間： 年 月 日 ～ 年 月

体調チェック（最近7日以内に、該当する症状がある場合に☑を入れてください。該当しない場合は記入しなくて結構です）	
症状 (7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"/> 喉頭痛 <input type="checkbox"/> 全身の倦怠感 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢
	<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"/> 濃性痰
	<input type="checkbox"/> その他
発症日時	<input type="checkbox"/> 出発前（場所： ） <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> ホテル入り後（場所： ） <input type="checkbox"/> その他
基礎疾患（万一、新型コロナウイルスに感染してしまった際、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"/> その他持病（ ）	

大会参加まで直近1週間各日の、毎朝の体温を計測し、大まかな行動範囲、外出先等の記録をお願いします。

日付	時間	検温結果	主な滞在地	外出先など
月 日（ ）	:	°C		
月 日（ ）	:	°C		
月 日（ ）	:	°C		
月 日（ ）	:	°C		
月 日（ ）	:	°C		
月 日（ ）	:	°C		
月 日（ ）	:	°C		

上記記述内容が事実であることを確認します。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します。

氏名（本人署名）：