

# <出演者関係・健康観察カード>

大阪狭山市吹奏楽(管弦打)連盟

この健康観察カードは、新型コロナウイルス感染拡大防止のための取り組みです。コンテスト当日、受付へ提出し、確認後、会場入りしてください。この資料は、保健所などへ提出する場合がございますのでご了承ください。

尚、コンテスト終了後2週間を目途に本連盟にて管理後、異常が無ければ破棄いたします。ご協力ください。

1. 当日、検温と体調の確認を行い、必要事項を記入し、会場受付で提出してください。

2. 発熱や風邪(喉の痛み、咳、強いだるさ)等の症状がある場合は、会場入りしないでください。

(出演番号)	(出演者氏名)	(学校名)	中学校 高等学校
--------	---------	-------	-------------

No.	出演者関係氏名	測定時間	体温	下記の当てはまるものの□に✓をいれてください。
1		(連絡先電話番号又は住所)		
		【 : 】	. °C	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 他( )
2		(連絡先電話番号又は住所)		
		【 : 】	. °C	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 他( )
3		(連絡先電話番号又は住所)		
		【 : 】	. °C	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 他( )
4		(連絡先電話番号又は住所)		
		【 : 】	. °C	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 他( )
5		(連絡先電話番号又は住所)		
		【 : 】	. °C	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 他( )
6		(連絡先電話番号又は住所)		
		【 : 】	. °C	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 他( )
7		(連絡先電話番号又は住所)		
		【 : 】	. °C	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 他( )