

第8回トマトロボット競技会

*** チームメンバ、実行委員、関係者全員が対象です**

学校名 _____

名前 _____

接触確認アプリ「COCOA」登録 (11/20までに) 登録 確認者: _____

注意事項

◎チェックシートは、大会受付時に提出してください。提出は必須です。

◎チェック項目『有』に該当した場合、非感染証明書を提示してください。

◎ワクチン接種後の発熱については、事務局にお問い合わせください。

チェック (2週間前～大会当日)

11月20日	・体温: _____ °C	レ	レ	
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・強いだるさ、息苦しさ (呼吸困難) がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	日付・確認者
・その他体調がすぐれない。(腹痛等)		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・新型コロナ感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
11月21日	・体温: _____ °C	レ	レ	
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・強いだるさ、息苦しさ (呼吸困難) がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	日付・確認者
・その他体調がすぐれない。(腹痛等)		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・新型コロナ感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
11月22日	・体温: _____ °C	レ	レ	
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・強いだるさ、息苦しさ (呼吸困難) がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	日付・確認者
・その他体調がすぐれない。(腹痛等)		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・新型コロナ感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
11月23日	・体温: _____ °C	レ	レ	
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・強いだるさ、息苦しさ (呼吸困難) がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	日付・確認者
・その他体調がすぐれない。(腹痛等)		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・新型コロナ感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	

学校名				2/4	
名前					
チェック					
11月24日	・体温： _____ °C	レ	レ		
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・強いだるさ、息苦しさ（呼吸困難）がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	日付・確認者	
・その他体調がすぐれない。（腹痛等）		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
11月25日	・体温： _____ °C	レ	レ		
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・強いだるさ、息苦しさ（呼吸困難）がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	日付・確認者	
・その他体調がすぐれない。（腹痛等）		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
11月26日	・体温： _____ °C	レ	レ		
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・強いだるさ、息苦しさ（呼吸困難）がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	日付・確認者	
・その他体調がすぐれない。（腹痛等）		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
11月27日	・体温： _____ °C	レ	レ		
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・強いだるさ、息苦しさ（呼吸困難）がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	日付・確認者	
・その他体調がすぐれない。（腹痛等）		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
11月28日	・体温： _____ °C	レ	レ		
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・強いだるさ、息苦しさ（呼吸困難）がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	日付・確認者	
・その他体調がすぐれない。（腹痛等）		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		
・新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		

学校名		3/4	
名前			
チェック			
11月29日	・体温： _____ °C	レ	レ
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・強いだるさ、息苦しさ（呼吸困難）がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・その他体調がすぐれない。（腹痛等）		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
			日付・確認者
11月30日			
11月30日	・体温： _____ °C	レ	レ
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・強いだるさ、息苦しさ（呼吸困難）がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・その他体調がすぐれない。（腹痛等）		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
			日付・確認者
12月1日			
12月1日	・体温： _____ °C	レ	レ
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・強いだるさ、息苦しさ（呼吸困難）がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・その他体調がすぐれない。（腹痛等）		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
			日付・確認者
12月2日			
12月2日	・体温： _____ °C	レ	レ
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・強いだるさ、息苦しさ（呼吸困難）がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・その他体調がすぐれない。（腹痛等）		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
			日付・確認者
12月3日			
12月3日	・体温： _____ °C	レ	レ
・37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・強いだるさ、息苦しさ（呼吸困難）がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・その他体調がすぐれない。（腹痛等）		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
・新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
			日付・確認者
11/20～12/3まで、「有」が無いことを確認しました。		確認者署名	

当日用チェックシート

学校名 _____

名前 _____

12月4日	・体温： _____ °C	レ	レ	
・ 37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	日付・確認者
・ 嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・ 咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・ 強いだるさ、息苦しさ（呼吸困難）がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・ その他体調がすぐれない。（腹痛等）		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・ 新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
12月5日	・体温： _____ °C	レ	レ	
・ 37.5度以上、又は、平熱以上の発熱がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	日付・確認者
・ 嗅覚、味覚に異常がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・ 咳や咽頭痛、風邪の症状がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・ 強いだるさ、息苦しさ（呼吸困難）がある。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・ その他体調がすぐれない。（腹痛等）		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	
・ 新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触があった。		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	