

日本リーガーが指導するクリニック 参加同意書

2021年 月 日

下記事項を確認の上、クリニックに参加することに同意します。

氏名

当日の体温 (.) 度

住所

電話番号

○クリニック前2週間における以下の項目にお答えください。どちらかに○を

ア 平熱を超える発熱の有無	ある	なし
イ 咳（せき）、のどの痛み、頭痛など風邪の症状	ある	なし
ウ だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）	ある	なし
エ 嗅覚や味覚の異常等	ある	なし
オ 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無	ある	なし
カ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合	ある	なし
キ 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の有無	ある	なし

日本リーガーが指導するクリニック 参加同意書

(ジュニア用)

2021年 月 日

下記事項を確認の上、クリニックに参加することに同意します。

氏名

当日の体温 (.) 度

引率者氏名

住所

電話番号

当日の体温 (.) 度

○クリニック前2週間における以下の項目にお答えください。どちらかに○を

ア	平熱を超える発熱の有無	ある	なし
イ	咳(せき)、のどの痛み、頭痛など風邪の症状	ある	なし
ウ	だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)	ある	なし
エ	嗅覚や味覚の異常等	ある	なし
オ	新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無	ある	なし
カ	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合	ある	なし
キ	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の有無	ある	なし