

競技会開催・実施時の感染防止策 について

香川県高等学校ボクシング専門部

- 無観客試合とする。
- 競技は、セッション制で行い観客は該当選手のみ時入場、観戦ができる。終了次第退場するよう心がけること
- 会場内では、競技中、アップ中の選手以外は、全員がマスクを着用すること。
(アップ中のマスクの着用は、熱中症や呼吸困難のリスクとの兼ね合いになるが、努力義務とする。)
- 万が一感染が発生した場合に備え、事前に参加者全員(審判、セカンドを含む)は氏名、住所、体調等についての書面(参加確認書)を提出すること。個人情報の取扱いはこの大会においてのみ活用いたします。終了後2週間以内に発症した場合は速やかに香川県高校体育連盟ボクシング専門部に報告すること。
- 会場入り口の受付で必ず受け付けてください。非接触型体温計で検温、体調の確認、参加者確認書の提出、留意事項の配付、消毒液の励行を行います。
受付後の出入りは自由です。こまめに消毒を実施すること。
- 各自間隔を空け、密を避けるよう心がけること。競技会中に大きな声で会話、応援等をしないこと。
- その他、状況に応じて、係から指示があった場合、従うこと。従わない場合、感染対策上退場していただきます。
- 参加者が以下の事項に該当する場合は、参加を見合わせること。
各自の申し出で判断せざるを得ないため、各自、他者に対する感染予防を遵守した判断をお願いいたします。
 - ・ 体調がよくない場合(例:発熱、咳、だるさ、息苦しさ、咽頭痛、味覚・嗅覚異常などがある場合)
 - ・ 感染者もしくは感染が強く疑われる人と同居しているか濃厚接触歴がある場合
 - ・ 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がある場合
- マスク、マイタオルを持参すること。可能であれば、マイフェースガードを持参。
何事も共用を避けるため、飲料用マイ使い捨てコップ、手拭き用、汗拭き用タオルを持参。
競技中セカンドにおいては、その旨留意し、選手ごとのセカンド用使い捨てゴム手袋、マイウォーター、マイタオル、マイフェースガードを持参し対応すること。
水を飲むことは可能だが、感染対策上、うがい廃液処理が困難なため、うがい禁止とする。

以上、感染予防対策として、ご協力をお願いします。また、記載されていない場合でも感染が予想される状況では各自が判断して感染予防に心がけ、お互い安全安心の大会開催を目指しましょう。

感染症と共存する新しい生活様式におけるボクシング競技の活動再開に関するガイドライン

上記による申告書(選手用)および参加承諾書

県名		学校名		学年		年齢	
階級		選手氏名		連絡先			

申告項目	日	日
	有/無	有/無
平熱を超える発熱(おおむね 37 度5分以上)		
咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状		
だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)		
嗅覚や味覚の異常		
体が重く感じる、疲れやすい等		
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		
感染者もしくは感染が強く疑われる人と同居か濃厚接触歴がある場合		
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がある場合		

選手の状態を確認し、上記の項目に偽りのないことを認めます。

月 日 土	指導者(引率責任者)	(自署)
-------	------------	------

月 日 日	指導者(引率責任者)	(自署)
-------	------------	------

標記大会参加にあたり、コロナ感染に伴う一切の責任を負うことを認めます。

月 日 土	本人自署
-------	------

月 日 日	本人自署
-------	------

感染症と共存する新しい生活様式におけるボクシング競技の活動再開に関するガイドライン

上記による申告書(選手以外用)および参加承諾書

住所	〒		区分○印	セカンド・観客・役員・補助員
本人氏名		関係選手氏名・所属	携帯番号	

申告項目	日	日
	有/無	有/無
平熱を超える発熱(おおむね 37 度5分以上)		
咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状		
だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)		
嗅覚や味覚の異常		
体が重く感じる、疲れやすい等		
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		
感染者もしくは感染が強く疑われる人と同居か濃厚接触歴がある場合		
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がある場合		

上記の項目に偽りのないこと、

標記大会参加にあたり、コロナ感染に伴う一切の責任を負うことを認めます。

月 日 土	本人自署
-------	------

月 日 日	本人自署
-------	------

健康チェックシート

※ 該当するものに○をつける(2と3など、重複する場合は2つに○)

区分	1 選手	2 監督・コーチ	3 セカンド	4 大会役員	5 審判員	6 補助員
	7 医療・救護	8 引率・視察	9 報道			

ブロック, 県名	所属, 学校名	氏 名
電話番号(携帯)		

体温測定結果と症状の有無

体調管理項目	6月5日(土)	6月4日(金)	6月3日(木)	6月2日(水)	6月1日(火)	5月31日(月)	5月30日(日)
	体温(起床後30分以内)	℃	℃	℃	℃	℃	℃
平熱より高い	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
せき	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
息切れ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
のどの痛み	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
鼻水・鼻づまり	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
筋肉痛	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
だるさ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
頭痛	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
下痢・嘔吐	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
味・匂いの異常	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
その他の症状	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
家族に発熱	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
家族に体調不良	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ

← 記入開始日

体調管理項目	5月29日(土)	5月28日(金)	5月27日(木)	5月26日(水)	5月25日(火)	5月24日(月)	5月23日(日)
	体温(起床後30分以内)	℃	℃	℃	℃	℃	℃
平熱より高い	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
せき	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
息切れ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
のどの痛み	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
鼻水・鼻づまり	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
筋肉痛	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
だるさ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
頭痛	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
下痢・嘔吐	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
味・匂いの異常	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
その他の症状	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
家族に発熱	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
家族に体調不良	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ

※以下の回答は大会参加当日に記載してください。

Q1 これまでにあなた自身が新型コロナウイルス検査(PCR検査または抗原検査など)によって陽性と判定されたことがありますか?

はい・いいえ (「はい」の場合はその時期: 年 月 日) ※主催者チェック欄

Q2 これまでにあなたの家族や同居人、近親者が新型コロナウイルス検査(PCR検査または抗原検査など)によって陽性と判定されたことがありますか?

はい・いいえ (「はい」の場合はその時期: 年 月 日) ※主催者チェック欄

Q3 これまでに保健所や医療機関によって、あなた自身が新型コロナウイルス陽性者の濃厚接触者と認定されたことがありますか?

はい・いいえ (「はい」の場合はその時期: 年 月 日) ※主催者チェック欄

上記の項目に偽りのないことを認めます。

(自署)