

# 2020年度 西日本 420級 ヨット選手権大会

## 健康管理に関するガイドライン

このガイドラインはセーリング競技規則 2021-2024 の定義 (g) "大会に関係するその他の文書" に該当する。

### ■ 選手・指導者・支援者は、以下を遵守しなければならない。

1. 大会前 1 ヶ月以内に新型コロナウイルスに感染した場合、大会に参加してはならない。
2. 大会前 1 ヶ月以内に以下に該当する場合、大会に参加してはならない。
  - i) 新型コロナウイルス感染者と同居、あるいは長時間の接触(車内、航空機内等)があった場合。
  - ii) 適切な感染防護無しに新型コロナウイルス感染者を診察、看護もしくは介護していた場合。
  - iii) 新型コロナウイルス感染者の気道分泌物もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い場合。
  - iv) 手で触れることのできる距離(目安として 1メートル)で、必要な感染予防策無しで、新型コロナウイルス感染者と 15 分以上の接触があった場合。上記 i) から iv)は、国立感染研究所感染症疫学センター 4月 27日付け "新型コロナ感染症 濃厚接触者の新しい定義"に準拠
3. 大会期間中に、新型コロナウイルスへの感染が疑われた症状が出た場合、会場地に来会してはならない。  
また、その旨を大会実行委員会に連絡し、指示に従わなければならない。  
E-mail : keengns<at>sand.ocn.ne.jp (<at>を@に変換して送信下さい)
4. マスク等、感染予防に必要な物は大会会場(陸上)では、一時的な脱着を除き常に着用していなければならない。  
マスク等の感染予防に必要な物は、参加者自らが用意しなければならない。
5. 2月 13日、14日は、その日の最初の予告信号予定時刻の 30分前までに"健康状態チェックシート"を、大会本部 1階に設置される指定場所に提出しなければならない。
6. 新型コロナウイルス感染防止の観点からの、競技役員、施設管理者による合理的な指示に従わなければならない。
7. 大会終了後 2週間以内に新型コロナウイルスに感染した場合、大会実行委員会に連絡しなければならない。  
E-mail : keengns<at>sand.ocn.ne.jp (<at>を@に置換して送信下さい)

### ■ 選手・指導者・支援者が以下を遵守する様、強く推奨する。

1. こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施して下さい。
2. 着替え中、飲食の前後にマスクを触った後、手洗いをして下さい。
3. 会場地では大きな声での会話、応援等は控えて下さい。
4. 三密回避の観点より、公式掲示、一般掲示の確認は、LINE オープンチャットを活用下さい。
5. 唾や痰を吐くことは極力行わないで下さい。
6. タオルの共用はしないで下さい。
7. 飲食時は、周囲の人と距離をとり(目安として 1メートル)、対面を避け、会話を控えめにして下さい。
8. スポーツドリンク、ペットボトル飲料の回し飲みは行わないで下さい。
9. 宿舎等の会場地外でも、指導者の指示に従い、三密回避等の新型コロナウイルス感染防止策を行って下さい。

\*\*\*\*\*

## < 親権者同意書 >

2020年度 西日本420級 ヨット選手権大会

<未成年の参加者は、本紙を大会本部に設置される所定の場所へ提出すること。>

### < 誓約事項 >

私達は、選手、親権者として下記の誓約に同意し、大会及び練習会への参加を承諾します。

- 1 セーリング競技規則及び本大会に適用されるその他すべての規則、並びにハーバー施設等の利用上の諸注意事項を遵守します。
- 2 本大会の主催団体及びレース委員会、並びにこれらに所属する個人に対し、本大会開催に際して発生した人的、物的損害について賠償請求を行いません。
- 3 自己の過失によって第三者に与えた損害については、責任を持って賠償します。
- 4 選手は、本大会に参加することにより、大会期間中の選手または本大会における選手の装備に関する動画、スチール写真および撮影された映像またはその製版について、対価を求めることなく、主催団体に独自の判断で使用する権利を与えることに同意します。
- 5 健康管理に関するガイドラインを遵守します。

### < 署名欄 >

所属チーム \_\_\_\_\_ :セール番号 \_\_\_\_\_

参加者(ヘルムスマン)署名 \_\_\_\_\_

親権者(ヘルムスマン)署名 \_\_\_\_\_ :連絡先 \_\_\_\_\_

参加者(クルー) 署名 \_\_\_\_\_

親権者(クルー) 署名 \_\_\_\_\_ :連絡先 \_\_\_\_\_

引率責任者またはコーチ氏名 \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 \_\_\_\_\_

以上

# 健康状態チェックシート (2月13日)

## 西日本 420 級 ヨット選手権大会

大会本部に設置される所定の場所へ提出すること。

提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

セイルナンバー \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 ( 男 ・ 女 ) 年 齢 \_\_\_\_\_ 才

● 今日の体温 \_\_\_\_\_ °C

● 体調についてお聞きます。あてはまるところにチェックを入れてください。

- |                                     |                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> 頭痛     |
| <input type="checkbox"/> 咳(せき)      | <input type="checkbox"/> のどの痛み  |
| <input type="checkbox"/> 鼻汁         | <input type="checkbox"/> 腹痛     |
| <input type="checkbox"/> 下痢         | <input type="checkbox"/> 嘔吐感    |
| <input type="checkbox"/> 倦怠感(体のだるさ) | <input type="checkbox"/> 筋肉・関節痛 |
| <input type="checkbox"/> 嗅覚障害       | <input type="checkbox"/> 味覚障害   |

● 昨夜から今朝の状況についてお聞きます。あてはまるところにチェックを入れてください。

- |     |                                  |                                 |                              |
|-----|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 食 事 | : <input type="checkbox"/> 普段どおり | <input type="checkbox"/> あまりとれず | <input type="checkbox"/> とれず |
| 水 分 | : <input type="checkbox"/> 普段どおり | <input type="checkbox"/> あまりとれず | <input type="checkbox"/> とれず |
| 睡 眠 | : <input type="checkbox"/> 普段どおり | <input type="checkbox"/> 時々起きる  | <input type="checkbox"/> 眠れず |

● ご家族・お友達で具合の悪い方、その他まわりで流行している病気がありますか？

無  有⇒ ( \_\_\_\_\_ )

● 今飲んでいるお薬はありますか？

無  有⇒ ( \_\_\_\_\_ )

以 上

# 健康状態チェックシート（2月14日）

## 西日本420級ヨット選手権大会

大会本部に設置される所定の場所へ提出すること。

提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

セイルナンバー \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 性別（男・女） 年齢 \_\_\_\_\_ 才

● 今日の体温 \_\_\_\_\_ °C

● 体調についてお聞きます。あてはまるところにチェックを入れてください。

- |                                     |                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> 頭痛     |
| <input type="checkbox"/> 咳(せき)      | <input type="checkbox"/> のどの痛み  |
| <input type="checkbox"/> 鼻汁         | <input type="checkbox"/> 腹痛     |
| <input type="checkbox"/> 下痢         | <input type="checkbox"/> 嘔吐感    |
| <input type="checkbox"/> 倦怠感(体のだるさ) | <input type="checkbox"/> 筋肉・関節痛 |
| <input type="checkbox"/> 嗅覚障害       | <input type="checkbox"/> 味覚障害   |

● 昨夜から今朝の状況についてお聞きます。あてはまるところにチェックを入れてください。

- |    |                                  |                                 |                              |
|----|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 食事 | : <input type="checkbox"/> 普段どおり | <input type="checkbox"/> あまりとれず | <input type="checkbox"/> とれず |
| 水分 | : <input type="checkbox"/> 普段どおり | <input type="checkbox"/> あまりとれず | <input type="checkbox"/> とれず |
| 睡眠 | : <input type="checkbox"/> 普段どおり | <input type="checkbox"/> 時々起きる  | <input type="checkbox"/> 眠れず |

● ご家族・お友達で具合の悪い方、その他まわりで流行している病気がありますか？

- 無  有⇒ ( )

● 今飲んでいるお薬はありますか？

- 無  有⇒ ( )

以上