

# スターレーンクラブ 新型コロナウイルス感染症対策ガイドライン

---

令和3年1月31日

- 本ガイドラインは、全国スターレーンクラブが主催する大会に適用します。
- 本ガイドラインに記載のない事項については、会場のガイドラインもしくは(公社)日本ボウリング場協会が定める直近のガイドラインに従うものとします。
- 大会の開催にあたっては、適用されるガイドラインの全てを事前に選手及び関係者に公表します。

## 大会受付までの体調・行動の管理について

- 選手及び関係者は大会開催日前 14 日間の体調と行動について記録をつけ、大会当日に以下の事項を申告してください。
  - 当日及び過去 14 日間の体調不良の有無
  - 同居家族や身近な知人で感染が疑われる人物の有無等
  - 参加者の氏名・住所・連絡先等
- 上記の申告内容を受けた場合には、申告に含まれる個人情報厳正に保管・管理するものとし、1か月経過後に適切に破棄します。
- 上記の申告がない選手及び関係者には入場や大会参加を拒否する場合があります。
- 大会参加が拒否された場合の参加費はその全額が返金されます。
- 感染が疑われる選手及び関係者には過去の体調・行動についての記録を提出させる場合があります、提出をしない選手及び関係者には入場や大会参加を拒否する場合があります。
- 競技受付は引率者又は選手代表が全選手分を一括して行うものとし、参加費等の授受についてはお釣りが発生しないよう事前に準備をしてください。
- 競技受付にはできるだけアクリル板を設けて対応します。

## 競技中の留意事項について

- ボールを拭くタオルは選手各自が持参し、他の選手と共用しないでください。
- スコアカードは使用せず、スコアラーに表示されるスコアの確認をもって各自のスコアの提出に代えます。
- 選手はオートスコアラーの操作を行わず、必要な操作は会場スタッフ又は大会スタッフが行います。

## 競技以外の会場利用について

- 会場内での食事は、感染症対策を施した食事スペースをセンターが設けられる場合に限り、会場のガイドラインに沿って可能です。

## 表彰式・抽選会について

- 表彰式では表彰状の読み上げは行わず、選手への賞品授与のみを行います。
- 表彰式における入賞者の整列時にはマスク着用の上、チームごとに十分な距離を確保してください。
- 抽選会は表彰式前に場内放送にて行い、抽選賞の授与はなるべく大会引率者を經由して行います。

## 大会後の体調異変について

- 大会参加後 2 週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症したの陽性者となった場合は、主催者に対して速やかに濃厚接触者の有無等について報告してください。
-

**このシートは大会当日に引率者に提出してください。**

新型コロナウイルスの感染防止のため、必ずすべての事項を記入し、大会引率者又は選手代表を經由して受付時に主催者に提出してください

**\*個人情報について\***

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、お預かりする情報は入場及び大会参加の可否の判断、及び会場又は主催者等からの連絡のために利用します。この目的に沿って保健所等関係機関に情報を提供する場合を除いて、本人の同意なく第三者へ提供することはありません。

お預かりする情報は厳正に管理した上で、大会開催後1ヶ月程度経過後に適切な方法により裁断廃棄致します。

**ご連絡先**

氏名	
郵便番号・住所	
電話番号 常時連絡がつく連絡先を ご記載願います)	<input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 携帯 ( ) <input type="checkbox"/> 職場
大会当日の体温	℃

直近2週間以内の全ての日において該当する項目に☑  
いずれかに該当しない場合には大会の参加をご辞退下さい

- 平熱を超える発熱(おおむね 37 度 5 分以上)はありません
- せき又はのどの痛みなど風邪の症状はありません
- だるさ又は息苦しさはありません
- 嗅覚や味覚の異常はありません
- 体を重く感じる、又は疲れやすい等の症状は感じていません
- 新型コロナウイルス感染症の陽性者とされた方との濃厚接触はありません
- 同居家族や身近な知人で感染が疑われる方はいません
- 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又は地域等へ渡航していません
- 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又は地域等での滞在者と濃厚接触はありません

以上の申告に虚偽はありません。

大会当日は各ガイドラインを遵守するとともに、大会主催者が設けた規定、規制及び指示に従います。

令和 3 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

所属センター \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

# 健康記録表・行動記録表

このシートは提出不要ですが大会当日にご持参ください

所属センター名		氏名		
	日付	体温	体調不良	体調不良の詳細(該当するものに☑)
14日前	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
13日前	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
12日前	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
11日前	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
10日前	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
9日前	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
8日前	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
7日前	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
6日前	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
5日前	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
4日前	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
3日前	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
前々日	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
前日	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感
当日	/		無・有→	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚/嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感

裏面もあります

※必要に応じて過去の行動について問い合わせる場合がありますので大会終了後14日間はお手元に保管ください。

## 健康記録表・行動記録表

このシートは提出不要ですが大会当日にご持参ください

所属センター名		氏名			
	日付	どこで	何をしたか	誰と (同居者以外の者との接触)	備考
【記入例】	1/1	会社	業務	同僚 (社内名簿あり)	全員マスク着用
14日前	/				
13日前	/				
12日前	/				
11日前	/				
10日前	/				
9日前	/				
8日前	/				
7日前	/				
6日前	/				
5日前	/				
4日前	/				
3日前	/				
前々日	/				
前日	/				
当日	/				

※必要に応じて過去の行動について問い合わせる場合がありますので大会終了後14日間はお手元に保管ください。