

健康調査票 (選手・監督・コーチ・競技役員・観客共通)

男子選手	女子選手	練習相手	監督	コーチ	審判員	競技役員	観客

階級 _____ 級 _____ 氏名 _____

学年 _____ 年 _____

所属 _____ 連絡先 _____ (保護者の携帯番号)

◎ 自身で下記症状の有無について記載してください。(練習直前または当日朝に記入)

月日(曜日)	5/31(月)	6/1(火)	6/2(水)	6/3(木)	6/4(金)	6/5(土)	6/6(日)
練習							
練習場所							
「その他」の練習場所							
測定した時間							
体温							
※ 強いだるさ							
※ 息苦しさ							
のどの痛み							
くしゃみ							
咳							
たん							
味覚の変化							
嗅覚の変化							
その他 (嘔吐・腹痛・下痢等)							

月日(曜日)	6/7(月)	6/8(火)	6/9(水)	6/10(木)	6月11日(金)	6/12(土)	6/13(日)
練習							
練習場所							
「その他」の練習場所							
測定した時間							
体温							
※ 強いだるさ							
※ 息苦しさ							
のどの痛み							
くしゃみ							
咳							
たん							
味覚の変化							
嗅覚の変化							
その他 (嘔吐・腹痛・下痢等)							
過去14日以内に同居家族、身近な知人、所属チームに感染が疑われる方がいる						1 いる	2 いない
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						1 ある	2 ない

上記選手の体調等に問題はありません。

所属チーム責任者サイン：

※出場選手は上記に署名をもらい、提出してください。