

健康観察記録

(宿舎到着時と毎朝の実施をお願いします)

12月 日

都道府県名 () 学校名 () 監督名 ()

1 体調不良者の有無 (あり ・ なし) ※どちらかに○印を。

2 1で「あり」に○をつけた場合のみ、その選手の症状をお答えください。

氏名	体温	呼吸器症状 (○で囲む)	呼吸器以外の症状 (○で囲む)	備考
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	
		鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・その他	下痢・嘔吐・頭痛・その他	

***必ず対面で確認してください。監督、コーチなどチーム関係者すべてを対象としてください。**

宿泊施設のフロントへ提出をお願いします。(朝 10 時まで)

宿泊施設の方はお手数ですが実行委員会事務局 (FAX 077-535-9081) まで、そのまま送信してください。*17日は大会受付に直接提出してください。

送信者 (宿泊施設名 _____) 担当者: _____)