**健康記録票（１/１５　大会２日目）**

区　分　　　　　　　　　　選手・監督・引率・役員・補助員・審判員・報道・視察

　　　　　　　　　　　　　部員・保護者

氏　名

所属名

連絡先

体温（測定時刻）　　　　　　　　　　　　　　　．　　　℃　（　　　：　　　）

症状の有無　いずれかに〇をお願いします。

　　①強いだるさ　　　　　　　　　あり　・　なし

　　②息苦しさ　　　　　　　　　　あり　・　なし

　　③のどの痛み　　　　　　　　　あり　・　なし

　　④くしゃみ　　　　　　　　　　あり　・　なし

　　⑤咳　　　　　　　　　　　　　あり　・　なし

　　⑥たん　　　　　　　　　　　　あり　・　なし

　　⑦味覚の変化　　　　　　　　　あり　・　なし

　　⑧嗅覚の変化　　　　　　　　　あり　・　なし

　　⑨その他　　　　　　　　　　　嘔吐・腹痛・下痢

　　　　　　　　　　　　　　　　　（ある場合は〇をおねがいします。）

所属監督サイン

※選手・補助員のみサインをお願いします。

※この用紙は初日に「健康記録票」を提出された方のみ、大会当日の健康状態を確認するために提出していただきます。