

第31回 埼玉県柔道紅白試合（健康記録表）

選手（男 女 1 2 3 4 5 6 年）

監督 コーチ 保護者 大会役員

審判員 係員

氏 名

所 属

連絡先（当日連絡が取れる番号）

※未成年の場合は保護者の携帯番号を記入してください。

◎ 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）	3/14(月)	3/15(火)	3/16(水)	3/17(木)	3/18(金)	3/19(土)	3/20(日)
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）	3/21(月)	3/22(火)	3/23(水)	3/24(木)	3/25(金)	3/26(土)	3/27(日)
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)							

上記選手の体調に問題はありません。

所属監督サイン：（自筆）

※出場選手は上記に署名をもらい、提出してください。

上記大会参加に同意します。

保護者氏名：（自筆）

印

※出場選手が未成年者の場合は保護者氏名の記入と捺印をお願いします。