健康管理表

<u>区 分</u> ※該当する方に	こ〇を付けて	<u>選手・</u> ください	<u>役員</u>		<u>氏</u> 名			(年齢	満 歳)
_所_属					<u>連絡先</u> ※未成年の)場合は保護	者の携帯番	<u>(当日連絡が</u> 号を記入して	<u>取れる番号)</u> ください。
◎自身で下記症	状の有無に	こついて記	載してくださ	い。(練習	直前またに	当日朝に	2入)	○:あり	レ:なし
月日(曜日)	記入例	8/20(土)	8/21(日)	8/22(月)	8/23(火)	8/24(水)	8/25(木)	8/26(金)	8/27(土)
測定した時間	8時								je
体温	36.7度								
※強いだるさ	レ								
※息苦しさ	レ								
のどの痛み	レ								
くしゃみ	レ								
咳	0								
たん	レ								
味覚の変化	レ								
臭覚の変化	レ								
その他	レ								
嘔吐∙腹痛∙下痢等									
月日(曜日)	記入例	8/28(日	8/29(月)	8/30(火)	8/31(水)	9/1(木)	9/2(金)	9/3(土)	9/4(日)
測定した時間	8時								
体温	36.7度								
※強いだるさ	レ								
※息苦しさ	レ								
のどの痛み	レ								
くしゃみ	レ								
咳	0								
たん	レ								
味覚の変化	レ								
臭覚の変化	レ								
その他 嘔吐・腹痛・下痢等	V								

上記試合の参加に同意します。

<u>保護者氏名:</u>	印	
※選手が去成在者の提合は保護者氏名の記入	と歩印たお願い! ます	

小川地方武道振興会 令和4年 9月 4日