

令和5年県選手権・県女子選手権 健康記録表

区分	役員・係員・報道	氏名	
※該当する方を○で囲む		連絡先	(本人の携帯番号)
所属			

◎ 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)	1/20(金)	1/21(土)	1/22(日)	1/23(月)	1/24(火)
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)	1/25(水)	1/26(木)	1/27(金)	1/28(土)	1/29(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)					

上記選手の体調に問題はありません。

所属監督サイン：

※出場選手は上記に署名をもらい、提出してください。

上記大会参加に同意します。

保護者氏名：

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。