

健 康 観 察 票 (選 手 用)

所 属		学 年		男 女	氏 名	
-----	--	-----	--	-----	-----	--

月	日	曜	検温	次の症状に該当する場合は○印を、異常がない場合は✓を記入してください。										その他	
				発熱 (37.5℃以上)	咳	息苦しさ	鼻水 鼻づまり	喉の痛み	頭痛	下痢	嘔吐	倦怠感	味覚嗅覚 の異常		
4月	23日	(金)	朝	. °C											
			夕	. °C											
4月	24日	(土)	朝	. °C											
			夕	. °C											
4月	25日	(日)	朝	. °C											
			夕	. °C											
4月	26日	(月)	朝	. °C											
			夕	. °C											
4月	27日	(火)	朝	. °C											
			夕	. °C											
4月	28日	(水)	朝	. °C											
			夕	. °C											
4月	29日	(木)	朝	. °C											
			夕	. °C											
4月	30日	(金)	朝	. °C											
			夕	. °C											
5月	1日	(土)	朝	. °C											
			夕	. °C											
5月	2日	(日)	朝	. °C											

大会前の健康状態を観察し、大会当日、1種目目の入場前に受付へ提出してください。
大会参加には必ず必要です。絶対に忘れないように注意してください！