

確認印	
-----	--

住 所		連絡先	
所 属 名		氏 名	

◎月次審査日 2 週間前より、毎日記録をしてください。
 ◎毎朝体温を測定し、症状の有無とともに記録してください。
 ◎健康状態確認票は、受付担当者に提出をして、確認印をもらってください。
 ◎月次審査中は、手洗いや咳エチケットなどの基本的な感染症対策を徹底し、マスクは常時装着してください。
 ◎月次審査中は、本県柔道連盟における感染症対策の指示に従ってください。
 ◎発熱、風邪症状が見られる場合には、試合場に来ないで、自宅で休養するとともに医療機関を受診してください。また、その他の体調不良が見られる場合にも、参加選手等との接触は絶対に避けてください。

月日(曜日)	測定時間	体温(°C)	症状[喉の痛み、咳・くしゃみ、鼻水・鼻づまり、頭痛、下痢、強いだるさ、息苦しさ、悪寒、その他]	保護者印
月 日(月)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
月 日(火)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
月 日(水)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
月 日(木)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
月 日(金)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
月 日(土)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
月 日(日)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
月 日(月)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
月 日(火)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
月 日(水)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
月 日(木)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
月 日(金)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
月 日(土)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
月 日(日)		°C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	