

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（℃）	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、悪寒、その他〕	保護者印
月 日（月）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
月 日（火）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
月 日（水）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
月 日（木）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
月 日（金）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
月 日（土）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
月 日（日）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
月 日（月）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
月 日（火）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
月 日（水）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
月 日（木）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
月 日（金）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
月 日（土）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
月 日（日）		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	