

健康チェックシート

活動日 令和2年 月 日

活動における注意事項について理解し、DC活動に参加することを承諾いたします。

チーム名 : _____

参加生徒名 : _____

保護者名 : _____ 印

保護者連絡先 : _____

◎大会当日までの体温(大会2週間前から当日までの体温を記入してください)

日付	起床時体温	日付	起床時体温
① 月 日()	℃	⑧ 月 日()	℃
② 月 日()	℃	⑨ 月 日()	℃
③ 月 日()	℃	⑩ 月 日()	℃
④ 月 日()	℃	⑪ 月 日()	℃
⑤ 月 日()	℃	⑫ 月 日()	℃
⑥ 月 日()	℃	⑬ 月 日()	℃
⑦ 月 日()	℃	⑭ 月 日()	℃

◎健康チェック表

<input type="checkbox"/> 平熱を超える発熱がない	<input type="checkbox"/> 胸の痛みや息苦しさがない
<input type="checkbox"/> せきやのどの痛みがない	<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚に異常がない
<input type="checkbox"/> 体が重く、疲れやすい等がない	<input type="checkbox"/> 感染者との濃厚接触がない
<input type="checkbox"/> だるさ(倦怠感)がない	<input type="checkbox"/> 身近な人に感染の疑いがない

活動当日に各項目に「✓」をご記入ください。記入がない場合は大会への参加ができません。ご理解ご協力をお願いします。