

全日本ジュニア (2021.9.18~19)

氏名

所属

選手 コーチ 同伴者 (○をつける)

連絡のつく
電話番号

◎ 自身または保護者が、下記症状の有無について記載してください。(練習のある日は練習直前、練習のない日は当日朝に記入)

月日(曜日)	9月6日(月)	9月7日(火)	9月8日(水)	9月9日(木)	9月10日(金)	9月11日(土)	9月12日(日)
練習(した日に○)							
練習場所							
⇒数値を記入 測定した時刻							
朝の体温(数値を記入)							
⇒症状がある場合に○							
※ 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)	9月13日(月)	9月14日(火)	9月15日(水)	9月16日(木)	9月17日(金)	9月18日(土)	9月19日(日)
練習							
練習場所							
⇒数値を記入 測定した時刻							
朝の体温(数値を記入)							
⇒症状がある場合に○							
※ 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)							

年 月 日 同伴保護者または指導者のサイン：
