

氏名

選手 コーチ ← (○をつける)

所属

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。(練習のない日も記入)

月日(曜日)	10月4日(月)	10月5日(火)	10月6日(水)	10月7日(木)	10月8日(金)	10月9日(土)	10月10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 ○							
※ 強いたるさ							
※ 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 サイン：
