

氏名		選手	コーチ	審判・スタッフ
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	12月6日	12月7日	12月8日	12月9日	12月10日	12月11日
曜日	月	火	水	木	金	土
練習						
練習場所						
測定した時刻						
⇒数値 を記入 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 サイン：
