

氏名

選手・コーチ・審判・スタッフ・保護者

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	6月6日	6月7日	6月8日	6月9日	6月10日	6月11日
曜日	月	火	水	木	金	土
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 サイン：
