

健康観察 報告シート

D

* 試合日の7日前から、健康状況を記録してください。

* 体温は記入、症状は有れば してください。

所 属 :	氏名 :
-------	------

① 過去7日間以内に政府から入国制限、入国後に観察期間を必要とされている国や地域への渡航または当該在住者との濃厚接触が有る。

② 新型コロナウイルス感染症に陽性とされた人との濃厚接触がある。

③ 同居家族や身近な知人に新型コロナウイルスの感染が疑われる症状が有る。

日 付	曜日	体 温	咳・のど痛	倦怠感	味覚異常	他の異常
月 日		°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日		°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日		°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日		°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日		°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日		°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日		°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日		°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

④ 7日前から本日まで、健康を維持しています。