健康チェックシート

大会名：

開催日：

開催場所：

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－―――――

チーム名

氏　　名：

連絡先番号：

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－―――――

**現在の体調について**

|  |  |
| --- | --- |
| 体温(℃) | ℃ |
| 咳がでる | はい　　・　　いいえ |
| 息苦しい | はい　　・　　いいえ |
| 関節痛・筋肉痛の様な痛みがある | はい　　・　　いいえ |
| 倦怠感がある | はい　　・　　いいえ |
| 頭痛がする | はい　　・　　いいえ |
| いつもより痰がでる | はい　　・　　いいえ |
| 下痢気味である | はい　　・　　いいえ |
| 味覚・嗅覚に違和感がある | はい　　・　　いいえ |
| 体調変化や気になる事があれば記入 |  |