

* 競技会終了後2週間はチェックしてください。

* 該当しない場合は✓を、該当する場合は○を記入してください。(体温は0.1℃単位の数字を記入)

No.	チェックリスト	9/13	9/14	9/15	9/16	9/17	9/18	9/19	9/20	9/21	9/22	9/23	9/24	9/25	9/26
1	のどの痛みがある														
2	咳(せき)が出る														
3	痰(たん)が出たり、からんだりする														
4	鼻水、鼻づまりがある *アレルギーを除く														
5	頭が痛い														
6	体のだるさなどがある														
7	発熱の症状がある														
8	息苦しさがある														
9	味覚異常(味がしない)														
10	嗅覚異常(匂いがしない)														
11	体温														

競技者名

学校名(クラブ名)

連絡先(電話番号)

保護者名(指導者名)

* 症状が4日以上続く場合は必ず最寄りの保健所、医師会、診療所等に報告すること。症状には個人差があるので、強い症状と思う場合にはすぐに報告すること。

* 保健所、医師会、診療所等に相談後、必ず大会主催者に報告すること。