

\* 大会終了後2週間はチェックすること。

\* 該当しない場合は✓を、該当する場合は○を記入すること。(体温は0.1℃単位の数字を記入)

No.	チェックリスト	9/17	9/18	9/19	9/20	9/21	9/22	9/23	9/24	9/25	9/26	9/27	9/28	9/29	9/30	10/1	10/2
1	のどの痛みがある																
2	咳(せき)が出る																
3	痰(たん)がでたり、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 (来場者名)

所属名 (学校名など)

連絡先 (電話番号)

保護者名 (未成年の場合)

\* 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。