健康観察票

練習会の14日前から、朝夕の検温を行い、健康状態をチェックして、以下のような症状がないかどうかを記入してください。

氏名：	所属チーム：

COVID-19感染者との接触歴：　□なし　□あり（確定・疑い）

【ありの場合】　最終接触日：　年　月　日　　接触場所：　□学校　□家族　□プライベート

具体的な状況：

その後の対応：　□特になし　□自宅で14日間待機　□その他（　　）

		14ー8日前	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	当日
日付		記入日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
朝方体温		37.5℃以上の発熱	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
夕方体温		無・有（　℃）	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸器症状	せき	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	息苦しさ	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	鼻水・鼻づまり	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	のどの痛み	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他の症状	吐き気	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	眼の充血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	体のだるさ	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	ふしぶしの痛み	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	意識障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	けいれん	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	味覚障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	嗅覚障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	その他									
備考										