第27回　長野県中学生空手道選手権大会
健康観察シート（審判役員・係員・選手）

氏名

※感染症対策のため毎日健康観察をして下さい。
※体温を記入し、症状がある場合は〇をつけて下さい。

大会当日、受付に提出してください。期間中発熱がある方は大会参加はできません。

月日		例	5/23	5/24	5/25	5/26	5/27	5/28	5/29
曜日		例	月	火	水	木	金	土	日
体温	朝	36.5℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	晩	36.6℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
体調	のどの痛み								
	せき								
	だるさ	〇							
	その他								
同居家族の状況（家族に風邪症状がある場合は〇する）									

【以下の質問にお答えください】

① 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいますか？　□あり　□なし

② 大会当日より、過去7日以内に国内外の感染多発地域等への往来又は当該在住者との濃厚接触がありますか？　□あり　□なし

③ 体調記入欄でその他の症状がある方にご質問です。
鼻水鼻づまり・筋肉の痛み・においや味が感じない・手足の紅斑・下痢等ありましたら丸をしてください