

# 新型コロナウイルス感染予防のための健康観察票

これは、個人が主体となって行う観察票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、もし気になる症状が現れたときには、2週間以内に患者、有症状の人と接触がなかったか、確認をお願いいたします。健康観察期間内に特に異常がなければ大会参加可能です。

観察対象者氏名:						チーム名									
		1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目
月日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
最高体温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸器 症状	咳嗽	無・有													
	呼吸困難	無・有													
	鼻汁・鼻閉	無・有													
	咽頭痛	無・有													
その他	嘔気・嘔吐	無・有													
	結膜充血	無・有													
	頭痛	無・有													
	全身倦怠感	無・有													
	関節筋肉痛	無・有													
	下痢	無・有													
	意識障害	無・有													
	けいれん	無・有													
その他															
朝・夕の確認☑	朝:	<input type="checkbox"/>													
	夕:	<input type="checkbox"/>													
備考															
確認者															
※	確認者の欄の所は、観察対象者が大人(指導者・観戦者等)の場合は記入不要です。選手や子どもの場合は保護者で確認の記入をお願いします。														