様式４

全国聾学校体育連盟

会 長 新 井 敏 彦 様

第５９回全国聾学校陸上競技大会

事前健康観察確認書 兼 当日健康観察票

# 令和４年 　 年 　 日〔大会 　 日目〕

学校名・所属団体名

~~選手氏名(選手家族のみ記入)~~

氏 名 電話

○をつけてください

|  |  |
| --- | --- |
| ２週間前からの体調の異常※「あり」の場合は、内容経過等を御記入いただき、御相談させていただきます。 | なしあり |

今の体調を記入してください

|  |  |
| --- | --- |
| 体温(当日朝) | 該当があれば○をつけてください |
| せき  | 喉の痛み  | 鼻水、鼻づまりがある ※アレルギー除く  | 味覚や嗅覚の異常  | 強いだるさ  | 息苦しさ   | 同居家族や身近な人に感染が疑われる方がいる  | その他  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |