

# 【事業名： \_\_\_\_\_】健康調査表

役員 / 監督 / 選手 / 引率 / その他 ( \_\_\_\_\_ )

該当するものを○で囲んでください

所属 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先 (携帯) \_\_\_\_\_

- ① 選手自身（小学生以下では保護者）又は参加者自身で下記の症状があるかないか記載してください。（練習直前または当日朝に記入）  
 ② ご自身の健康に不安がある際は、指導者・保護者・医療機関に直接ご相談ください。

月日(曜日)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
練習	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
練習場所							
その他練習場所							
測定した時間	時	時	時	時	時	時	時
体温	度	度	度	度	度	度	度
※ 強いだるさ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
※ 息苦しさ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
のどの痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
くしゃみ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
たん	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
味覚の変化	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
嗅覚の変化	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
その他 (嘔吐・腹痛・下痢等)							

※事業前日↓

月日(曜日)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
練習	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
練習場所							
その他練習場所							
測定した時間	時	時	時	時	時	時	時
体温	度	度	度	度	度	度	度
※ 強いだるさ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
※ 息苦しさ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
のどの痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
くしゃみ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
たん	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
味覚の変化	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
嗅覚の変化	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
その他 (嘔吐・腹痛・下痢等)							

上記部員の体調に問題ないことを認めます。 →

所属監督サイン： \_\_\_\_\_

参加部員は上記に署名をもらい、提出してください。

2020年11月 全日本柔道連盟医科学委員