茨城県高等学校体育連盟レスリング専門部　健康チェックシート（各所属で管理）　　　　　　【令和５年度版】

　　所属　　　　　　　　　　　高校　　　【　監督、コーチ　・　生徒　・　保護者等　】　　名前

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　↑該当に〇をつけてください

※該当するものに「✔」を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | 体温（℃） |
| 日付 | 平熱を超える発熱がない。 | せき、のどの痛みなどの風邪症状がない。 | だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がない。 | 嗅覚や味覚の異常がない。 | 体が重く感じる、疲れやすい等がない。 | 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触がない。 | 居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない。 | 過去１４日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国、地域等への渡航又は当該居住者との濃厚接触がない。 |
| / |  |  |  |  |  |  |  |  | 　． |
| / |  |  |  |  |  |  |  |  | 　． |
| / |  |  |  |  |  |  |  |  | 　． |
| / |  |  |  |  |  |  |  |  | 　． |
| / |  |  |  |  |  |  |  |  | 　． |
| / |  |  |  |  |  |  |  |  | 　． |
| / |  |  |  |  |  |  |  |  | 　． |
| / |  |  |  |  |  |  |  |  | 　． |
| / |  |  |  |  |  |  |  |  | 　． |
| / |  |  |  |  |  |  |  |  | 　． |

　　※高体連主催の行事に参加する場合は、必ず１０日間の健康観察を行ってください。

　　　※このシートは顧問の先生に提出してください。顧問の先生が一括管理してください。

　　　※主催者から確認を求められた場合は提出が求められる場合があります。