

健康チェックシート

チーム名 _____

氏名 _____

住所 _____

生年月日 20 年 月 日 生まれ

該当する場合は○、該当しない場合は✓を記入

日付	起床時体温 平熱 _____ 度	学校以外の 行動履歴	咳・のど の痛み	だるさ、 息苦しさ	嗅覚・味 覚 の異常	陽性者との 濃厚接触	同居者に 感染が疑 われる方	その他
9/1 (火)	°							
9/2 (水)	°							
9/3 (木)	°							
9/4 (金)	°							
9/5 (土)	°							
9/6 (日)	°							
9/7 (月)	°							
9/8 (火)	°							
9/9 (水)	°							
9/10 (木)	°							
9/11 (金)	°							
9/12 (土)	°							
9/13 (日)	°							
9/14 (月)	°							
9/15 (火)	°							
9/16 (水)	°							
9/17 (木)	°							
9/18 (金)	°							
9/19 (土)	°							
9/20 (日)	°							
9/21 (月)	°							
9/22 (火)	°							
9/23 (水)	°							
9/24 (木)	°							
9/25 (金)	°							
9/26 (土)	°							
9/27 (日)	°							
9/28 (月)	°							
9/29 (火)	°							
9/30 (水)	°							
備考								

緊急連絡先 保護者携帯 _____