

健康チェック表・行動管理シート

支部名：

チーム名：

氏名：

	日付/記入例	/	/	/	/	/	/	/	/
検温	起床時 / 出発時	°C/ °C	°C/ °C	°C/ °C	°C/ °C	°C/ °C	°C/ °C	°C/ °C	°C/ °C
体調チェック	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき
	<input type="checkbox"/> 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸困難
	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻水
	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 喉の痛み
	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感
	<input type="checkbox"/> 味覚障害	<input type="checkbox"/> 味覚障害	<input type="checkbox"/> 味覚障害	<input type="checkbox"/> 味覚障害	<input type="checkbox"/> 味覚障害	<input type="checkbox"/> 味覚障害	<input type="checkbox"/> 味覚障害	<input type="checkbox"/> 味覚障害	<input type="checkbox"/> 味覚障害
	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害
	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛
<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 食欲低下	
行動履歴	行動履歴	行動履歴	行動履歴	行動履歴	行動履歴	行動履歴	行動履歴	行動履歴	行動履歴
	外出の有・無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※有に <input checked="" type="checkbox"/> を入れた人は、外出時間、場所、対面者を明記してください。	外出の有・無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	外出の有・無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	外出の有・無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	外出の有・無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	外出の有・無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	外出の有・無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	外出の有・無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	外出の有・無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

※この用紙は、感染拡大防止の対策として行うためのものです。主催者から提出を求められたら、提出のご協力をお願い致します。

※この用紙への記録期間は、大会参加前1週間と大会参加後1週間の記録をお願いいたします。記入欄不足時は用紙をコピーして記入願います。

※毎日の体調管理にはお気を付けください。