

令和5年 関東柔道「形」競技大会 健康記録表

所属県

県

氏名

種別(○で囲む) 選手・審査員・役員・係員

連絡先(携帯)

◎下記症状の(あり・なし)についてどちらかを○で囲んでしてください。

	1/30(月)	1/31(火)	2/1(水)	2/2(木)	2/3(金)	2/4(土)	2/5(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	あり なし
練習場所							
体温							
測定した時間							
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
せき	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	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

◎関東「形」競技大会 運営方針別紙、入場プロトコールにより入場判断を行う

同意書

本大会の運営方針を確認の上、遵守し参加することに同意します。

本人氏名

(自筆)

※本人が未成年者の場合は
保護者氏名を自筆で記入

保護者氏名

(自筆)