

**関東柔道選手権・関東女子柔道選手権 健康記録表(選手用)**

所属県	県	氏名
性別	男 ・ 女	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。

	3/13(月)	3/14(火)	3/15(水)	3/16(木)	3/17(金)	3/18(土)	3/19(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 <small>嘔吐・腹痛・下痢等</small>	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

◎大会運営方針別紙、入場プロトコルにより入場判断を行う

**誓約書**

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)

**関東柔道選手権・関東女子柔道選手権 健康記録表**

所属県

氏名

コーチ ・ 帯同選手 ・ 役員 ・ 審判 ・ 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。

	3/13(月)	3/14(火)	3/15(水)	3/16(木)	3/17(金)	3/18(土)	3/19(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

◎大会運営方針別紙、入場プロトコルにより入場判断を行う

**誓約書**

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)

**関東柔道選手権・関東女子柔道選手権 健康記録表(記入例)**

所属県

山梨県

氏名

米山徳彦

コーチ・帯同選手  役員  審判  係員

連絡先(携帯)

090-5426-0778

◎下記症状の有無について記載してください。

	3/13(月)	3/14(火)	3/15(水)	3/16(木)	3/17(金)	3/18(土)	3/19(日)
練習(あり・なし)	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし
練習場所			〇〇高校		〇〇高校	〇〇高校	
体温	36.5度	36.5度	36.1度	36.3度	36.6度	36.3度	36.6度
測定した時間	6時	6時	6時	6時	6時	6時	6時
強いだるさ	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし
息苦しさ	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし
のどの痛み	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし
くしゃみ	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし
せき	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし
たん	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし
味覚の変化	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし
嗅覚の変化	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし
その他 嘔吐・腹痛・下痢等	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし	あり <input checked="" type="radio"/> なし

◎大会運営方針別紙、入場プロトコルにより入場判断を行う

**誓約書**

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

米山徳彦

(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)