

保護者用健康チェックリスト ※顧問に提出

チーム名	高等学校
代表者名	
代表者連絡先（携帯番号）	

大会を観戦する全ての方について下記に記入し顧問へ提出する提出してください。

①当日朝の体温

大会前2週間における以下の事項の有無（○×）を記入。

②平熱より1度以上高い発熱の有無

③咳、のどの痛みなどの風邪の症状、臭覚や味覚の異常の有無

④体が重く感じる（だるさ、倦怠感）、疲れやすい、息苦しい（呼吸困難）等の有無

⑤新型コロナウイルス感染症陽性者とのされた者との濃厚接触の有無

⑥同居家族や身近な知人の中で感染が疑われるものの有無

⑦過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該移住者との濃厚接触の有無

	氏 名	電話番号	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
1			℃						
2			℃						
3			℃						
4			℃						
5			℃						
6			℃						
7			℃						
8			℃						
9			℃						
10			℃						
11			℃						
12			℃						
13			℃						
14			℃						
15			℃						
16			℃						
17			℃						
18			℃						
19			℃						
20			℃						