様式４

全国聾学校体育連盟

会 長　新 井 敏 彦 様

**第５９回全国聾学校陸上競技大会**

**事前健康観察確認書 兼 当日健康観察票**

**令和４年　　年　　日〔大会　　日目〕**

学校名・所属団体名

選手氏名(選手家族のみ記入)

氏　名　　　　　　　　　　　　　電話番号

○をつけてください

|  |  |
| --- | --- |
| ２週間前からの体調の異常※「あり」の場合は、内容経過等を御記入いただき、御相談させていただきます。 | なしあり　 |

今の体調を記入してください

|  |  |
| --- | --- |
| 体温(当日朝) | 該当があれば○をつけてください |
| せき | 喉の痛み | 鼻水、鼻づまりがある※アレルギー除く | 味覚や嗅覚の異常 | 強いだるさ | 息苦しさ | 同居家族や身近な人に感染が疑われる方がいる | その他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |