

氏名	
----	--

選手(Athlete) 帯同者(Accompany) メディア(Media)
来賓(Visitor) スタッフ(Staff)

日付 体温 (最高)		8 / 31	9 / 1	9 / 2	9 / 3	9 / 4	9 / 5	9 / 6	9 / 7	9 / 8	9 / 9	9 / 10	/	/	/
		°C													
呼	咳が続いている	<input type="checkbox"/> 無□	<input type="checkbox"/> 有□無□												
吸	息切,呼吸苦しい	<input type="checkbox"/> 有□無□													
器	痰が出る	<input type="checkbox"/> 有□無□													
症	喉の痛みがある	<input type="checkbox"/> 有□無□													
状	鼻水、鼻つまり	<input type="checkbox"/> 有□無□													
全 身	頭痛	<input type="checkbox"/> 有□無□													
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 有□無□													
	関節痛	<input type="checkbox"/> 有□無□													
	下痢	<input type="checkbox"/> 有□無□													
	吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 有□無□													
	その他														

日付 体温 (最高)		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		°C													
呼	咳が続いている	<input type="checkbox"/> 無□	<input type="checkbox"/> 有□無□												
吸	息切,呼吸苦しい	<input type="checkbox"/> 有□無□													
器	痰が出る	<input type="checkbox"/> 有□無□													
症	喉の痛みがある	<input type="checkbox"/> 有□無□													
状	鼻水、鼻つまり	<input type="checkbox"/> 有□無□													
全 身	頭痛	<input type="checkbox"/> 有□無□													
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 有□無□													
	関節痛	<input type="checkbox"/> 有□無□													
	下痢	<input type="checkbox"/> 有□無□													
	吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 有□無□													
	その他														

行動チェック
 人新
 と型
 濃コ
 厚ロ
 接触
 ナウ
 がイ
 あル
 つス
 た感
 チ。染
 有症
 ドと
 定月
 され
 日た
 患者
 、ま
 たは
 疑
 われ

ご提供いただいた情報は、SCJT2022における健康管理について利用いたします。

サイン

提出者の同意なく情報収集、目的外の利用を行うことはありません。SCJT2022終了後2週間保管し破棄します。