

# レジェンド松山 健康チェックリスト (選手用)

( 月 日 曜日)

※以下の健康チェックリスト項目に記入し練習前に提出してください

選手氏名

- |   |              |   |                    |
|---|--------------|---|--------------------|
| 1 | 体温測定(起床時)    | 度 |                    |
| 2 | 体温測定(体育館入室前) | 度 | ※コーチが非接触型体温計にて行います |

※練習が部分的に再開されるようになった今こそ子供たちの安全に全力を尽くさねばなりません

※以下の項目のなかに「いいえ」がある場合は申し訳ありませんが練習への参加を見合わせてください

- |   |  |    |
|---|--|----|
| 1 | 風邪の症状はないか(せき、鼻水、のどの痛み、頭痛等)             | はい |
| 2 | 発熱・風邪等の症状で病院に行っていないか(過去2週間以内)          | はい |
| 3 | 発熱・風邪等の薬を飲んでいないか(過去2週間以内)              | はい |
| 4 | 普段と違う症状はないか(味覚、嗅覚、だるさ等)                | はい |
| 5 | 関係者が新型コロナウイルスに感染した場合保健所等が行う疫学調査に協力できるか | はい |
| 6 | 学校から自宅待機や健康観察の指示をされていないか               | はい |
| 7 | 新型コロナウイルスに感染した方と接触していないか(過去2週間以内)      | はい |

上記以外に気になる点があればご記入ください

レジェンド松山 理事長 大野 加壽子 宛て

○ 上記記載事項に間違いはありません

保護者氏名

印