

第2回全日本マスポクシング選手権大会 大阪府代表選考会 体調管理チェックシート

このチェックシートは、選手・コーチングスタッフ・大会スタッフ・プレスなど、**会場内に入る全ての人が提出しなければいけません。**

選手 ・ コーチングスタッフ ・ 大会スタッフ ・ 報道関係者 ・ 契約事業者 ・ その他 ()

所属： _____ 名前： _____

※このシートに直接記入していただき、会場入場の時にご提出ください。

※事実と異なる記録や回答は、大会の安全性を脅かし、**重大なペナルティの対象**となります。十分注意の上記載してください。

※該当する場合は○を記入すること（体温は0.1℃単位の数字を記入）

No.	チェックリスト	7月10日	7月11日	7月12日	7月13日	7月14日	7月15日	7月16日
1	のどの痛みがある							
2	咳が出る							
3	痰が出たり、からんだりする							
4	鼻水、鼻づまりがある *アレルギーを除く							
5	頭が痛い							
6	体のだるさなどがある							
7	発熱の症状がある							
8	息苦しさがある							
9	味覚異常（味がしない）							
10	嗅覚異常（匂いがしない）							
11	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

No.	チェックリスト	7月17日	7月18日	7月19日	7月20日	7月21日	7月22日	7月23日
1	のどの痛みがある							
2	咳が出る							
3	痰が出たり、からんだりする							
4	鼻水、鼻づまりがある *アレルギーを除く							
5	頭が痛い							
6	体のだるさなどがある							
7	発熱の症状がある							
8	息苦しさがある							
9	味覚異常（味がしない）							
10	嗅覚異常（匂いがしない）							
11	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

本紙に記載の内容は全て事実であり、正確に記録、回答していることを証明します。

自署： _____