

# スペシャルオリンピックス日本・体調チェックシート

2023年 4月 16日 コーチクリニック

競技名( 柔道 )

氏名

受講日当日の体温

※ 記入のうえコーチクリニック当日受付に提出ください。

	日 付	平熱を超える発熱	せき、のどの痛み	倦怠感	味覚・嗅覚の異常
1	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
2	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
3	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
4	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
5	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
6	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
7	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
8	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
9	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
10	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
11	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
12	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
13	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
14	月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

受講前 14 日以内の状況をご回答ください。

新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触がありましたか？	はい ・ いいえ
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか？	はい ・ いいえ
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在住者との濃厚接触がありましたか？	はい ・ いいえ

受付(確認者)署名