

## COVID-19 / 熱中症 体調チェックリスト

 年

名前 \_\_\_\_\_

日付	月 日 ( )		月 日 ( )		月 日 ( )		月 日 ( )	
質問								
①睡眠は8時間以上取れましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
②いま風邪をひいていませんか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
③せきは出ていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
④のどの痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
⑤鼻水は出ていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
⑥今朝の脈拍数は40回以上/30秒ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
⑦下痢をしていませんか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
⑧昨日から便は出ていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
⑨朝食はしっかり食べましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
⑩食べ物の味はしましたか？匂いは感じましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
⑪今朝の体温は何度でしたか？		℃		℃		℃		℃

練習可/不可について

保護者確認	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可						
保護者からのコメント								
主任コーチ確認	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可						