

新型コロナウイルス感染症のスクリーニングシート（提出用）

チーム

学年 名 前 日 付 /

*□に✓、数字を記入下さい

当日	①検温確認 (朝： 時計測)	°C	*現地計測	°C	
練習日から14日以内	②高熱があった。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	③同居家族の体温は平熱である。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	④咳が連続的に出た。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	⑤息苦しい 喉が痛い	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	⑥感染の疑いがある人と接触した。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
当日	保護者印				
	⑦練習後の本人体調異常の有無	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ