健康確認シート
（顧問・選手用）

学校名	高等学校	代表者名		代表者連絡先	（携帯）	
					(E-mail)	

	氏　　名	生年月日			２２日	２３日	２４日	２５日	２６日	２７日	２８日	２９日	３０日	３１日	１日	２日	３日	４日	５日	６日	７日	８日
		西暦	月	日	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火
例	光　形　高　幸	2003	12	31	36.5	36.5	36.4	36.7	36.6	36.7	36.5	36.3	36.4	36.5	36.2	36.4	36.6	36.3	36.5	36.6	36.1	36.4
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

【 チェック欄①～⑨の内容 】

①平熱を超える発熱が無い
②咳（せき），のどの痛みなどの風邪症状がない
③だるさ（倦怠感），息苦しさ（呼吸困難）がない
④臭覚や味覚の異常がない
⑤体が重く感じる。疲れやすい等がない
⑥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な
⑦同居家族や身近な知人に感染が疑われ方がいない
⑧過去14日以内に政府から入国制限，入国後の観察期間が必要とされている国･地域等への渡航又は当該在住者と
接触がない
⑨その他，気になること（自由記述）

⑨その他，気になること（自由記述）

	氏　名	チェック欄								
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
例	光　形　高　幸	レ	レ	レ	レ	レ	レ	レ	レ	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										