

保 護 者 ・ コ ー チ 用 健 康 観 察 票

チーム名	エスペランサ フットボールクラブ	名前	
------	------------------	----	--

月	日	曜日	体温	次の症状に該当する場合は○印を、異常がない場合は✓を記入して下さい。										その他	責任者 サイン
				発熱 (37.5℃ 以上)	せき	息苦しさ	鼻水 鼻づまり	のどの痛み	頭痛	下痢	嘔吐	だるさ	味覚・嗅 覚 の異常		
		月	朝 . °C												
		火	朝 . °C												
		水	朝 . °C												
		木	朝 . °C												
		金	朝 . °C												
		土	朝 . °C												
		日	朝 . °C												

- 発熱や咳などの風邪症状が見られる場合には、参加せず自宅で休養してください。
- 息苦しさ(呼吸困難)、強いだるさ(倦怠感)、高熱等のいずれかの症状があり、保健所等に連絡された場合は、指導者にもご連絡ください。
- その他、感染症の疑い(同居の家族を含む)があり、保健所等に連絡された場合にも、指導者にご連絡ください。