健康確認票

記入日：　令和　　年　　月　　日

所　属

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日： 年 月 日

受審段位 段

連絡先電話番号

緊急時連絡先電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 当日体温 | 当日体調（✓を入れてください） |
| ℃ | □特段問題はない  □発熱（37.5℃以上）・咽頭痛・咳・嗅覚異常・味覚異常・強い倦怠感・その他の症状（頭痛・腹痛・下痢・嘔吐等）がある |

この表に記入いただいたすべての情報はCovid-19感染予防の目的以外の使用はせず、厳重に取り扱いします。

□直近1週間以内に、発熱（37.5℃以上）・咽頭痛・咳・嗅覚異常・味覚異常・強い倦怠感・

　その他の症状（頭痛・腹痛・下痢・嘔吐等）がない

※緊急時連絡先電話番号は、ご家族とご連絡が取れる番号をご記入ください