（様式１）

健 康 観 察 記 録 ま と め

学校名または地域スポーツ団体名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　前 | 体温(℃) | 呼吸器症状（○で囲む） | 呼吸器以外（○で囲む） | 備考 |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |
|  |  | なし・鼻水・鼻閉・咽頭通・咳・その他 | なし・下痢・嘔吐・頭痛・その他 |  |

※学校（地域スポーツ団体）ごとに参加者全員の健康観察を記録する。

（様式２）

受　診　報　告　書

|  |  |
| --- | --- |
| 競　技　名 |  |
| 受　診　者保護者名（　　　　　） | 　 | 男・女　（　　　歳） |
| 自宅住所 | 〒電話　　　　　ー　　　　　ー |
| 学校名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　年） |
| 学校住所 | 〒電話　　　　　ー　　　　　ー |
| 症状発生年月日 | 令和　　年　　　月　　　日（　　 ） 午前・午後　 　時 　　分頃 |
| 主な症状 |  |
| 病　院　名 |  |
| 診断の結果 | １ （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）と診断されました。２ （　　　　　　　　　　　　　）の疑いがあると診断されました。３ （　　　　　　　　　　　　　　　）の感染はありませんでした。４ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他医師所見など |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 記載者 | 監督・外部指導員・（○で囲む）　　その他（　　　　　　　　　　） |
| 名　前 | （ふりがな） |
| 所　属 |  |
| 連 絡 先 | 〒電話　　　　　ー　　　　　ー |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※住所は、都道府県名から記載して下さい。

（様式３）

令和　　年　　月　　日

中国中学校体育連盟会長　様

インフルエンザ・コロナウイルス・ノロウイルス等罹患届出書

このことについて、下記の通り届け出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 大 会 名 |  |
| 受診日時 | 令和　　年　　　月　　　日（　　 ） 午前・午後　 　時 　　分頃 |
| 病 院 名 |  |
| 学校名・学年（チーム名） | （　　　年） |
| （ふりがな）生 徒 名 | 　　　　　　  | （ふりがな）保護者名 |  |
| 連 絡 先 | 〒電話　　　　　ー　　　　　ー |
| 区　　分 | 選手・監督・引率者・外部指導者（コーチ）・大会役員・生徒役員その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）　（○で囲む） |
| 症状の経過 | 診断結果：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 記載責任者名（　　　　　　　　 　） | 監督・引率者・外部指導者（コーチ）・大会役員その他（　　　　　　　　　　　　　　）　（○で囲む） |

※住所は都道府県名から記入して下さい。