

日本剣道形講習会体調確認票（関係者用）（講習会当日に持参のこと）

令和 年 月 日

講習会場							
ふりがな							
氏名						男・女	
本日の体温	度						
本日の体調	・咳（せき） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		・のどの痛み <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
<p>前2週間における以下の事項の有無 ※ <input type="checkbox"/>に✓を入れてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・平熱を超える発熱 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</span></li> <li>・咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</span></li> <li>・だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難） <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</span></li> <li>・臭覚や味覚の異常 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</span></li> <li>・体が重く感じる、疲れやすい等 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</span></li> <li>・家族や身近な知人に感染が疑われる人がいる <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</span></li> <li>・過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航、当該在住者との濃厚接触 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</span></li> </ul>							
前2週間の体温	14日前	13日前	12日前	11日前	10日前	9日前	8日前
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

※ に✓を入れてください。

※ 個人情報は日本剣道形講習会運営のために利用します。