

( 様式 3-2 )  
**学校同行者体調記録表**

**観戦者用  
(30人以内)**

実施日 8月 8日 9日 10日 代表者氏名 \_\_\_\_\_ 記載責任者氏名 \_\_\_\_\_  
 学校名 \_\_\_\_\_ 代表者住所 \_\_\_\_\_  
 競技・種目名 バレーボール 代表者電話番号 \_\_\_\_\_



※ 大会当日受付に**2部**提出をお願いします。ここで示す保護者は家族、学校関係者は管理職・外部指導者です。  
 ※ 既往歴のある症状については、特記事項欄に医師から診断されている具体的な病名等を記載してください。(例:鼻炎 花粉症)

NO	氏 名	参加者		当日体温 (℃)	過去2週間の体調の状況				特記事項
		保護者	学校関係者		平熱を超える発熱	せき／のど痛	嗅覚／味覚異常	倦怠感／呼吸困難	
記載例	〇〇 〇〇	○		36.4	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	△△ △△		○	36.8	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
1					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
2					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
3					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
4					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
5					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
6					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
7					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
8					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
9					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
10					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
11					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
12					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
13					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
14					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
15					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
16					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
17					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
18					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
19					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
20					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
21					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
22					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
23					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
24					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
25					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
26					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
27					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
28					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
29					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
30					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				