

【試合当日提出】 ジュニア・チャンピオンズリーグ メディカルチェックシート



氏名		年齢	歳	出場区分	<input type="checkbox"/> U9 <input type="checkbox"/> U12 <input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> U18	階級名	
所属ジム		所属ジムの健康管理責任者名				連絡先	
区分	<input type="checkbox"/> 選手	管轄地区の安全管理主任者名			齊田 竜也(ワールドスポーツボクシング)	連絡先	090-7630-5375

○大会前2週間の状態について体重・体温は数値を、その他チェック内容に関しては当てはまる場合にのみ○を記入してください

日付 チェック内容	大会2週間前(前半1週間)							大会1週間前(後半1週間)						
	14日前	13日前	12日前	11日前	10日前	9日前	8日前	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	前日
	7/25	7/26	7/27	7/28	7/29	7/30	7/31	8/1	8/2	8/3	8/4	8/5	8/6	8/7
体重(kg・選手のみ)														
体温(°C)														
せきが出る														
のどが痛い														
体がだるい														
息苦しい														
頭が痛い														
味が分からない														
においが分からない														
その他体調不良あり														
本人が新型コロナウイルスに感染した														
同居家族や身近な人が新型コロナウイルスに感染した														
本人が濃厚接触者になった														
同居家族や身近な人が濃厚接触者になった														

○選手は、記入した14日間の体温から平熱を求め(14日間の体温を全て足し14で割る)、入場時チェックシートの平熱欄に記入してください