

第39回天草トライアスロン大会

【体温・健康管理・行動記録シート】

レースナンバー :	本人連絡先		(携帯)			
	家族連絡先		(携帯)			
氏名	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	当日
	/	/	/	/	/	/
	°C	°C	°C	°C	°C	°C
体調 5段階評価 (良い: 5 ~ 悪い: 1)						

◆本日の体調についてチェックしてください。気になることがあれば、該当項目にチェックしてください。(複数可)						
以下のいずれも該当なし	<input type="checkbox"/>					
咳がある	<input type="checkbox"/>					
のどの痛みがある	<input type="checkbox"/>					
鼻水、鼻づまりがある	<input type="checkbox"/>					
臭覚や味覚に異常を感じる	<input type="checkbox"/>					
胸が痛い、息苦しい	<input type="checkbox"/>					
息切れがする	<input type="checkbox"/>					
頭痛やめまいがする	<input type="checkbox"/>					
下痢や腹痛がある	<input type="checkbox"/>					
筋肉や関節に痛みがある	<input type="checkbox"/>					
疲れていて体がだるい	<input type="checkbox"/>					
その他、普段とは体の調子が異なる	<input type="checkbox"/>					

※個人で管理してください提出の必要はありません