

# 健康チェック表

公益社団法人日本ボプスレー・リ्यूジュ・スケルトン連盟

氏名：

平熱：

度

- 1 毎朝、起床時と夕方検温し、下の表に記録して下さい。
- 2 その他、風邪の症状の有無（有りの場合は具体的症状）に○をつけて下さい。
- 3 備考欄には、服用した薬や体調、症状の変化などを記録して下さい。
- 4 診察記録には、診察に至るまでの経緯、診察日、診察した医療機関、診断結果など、受診した度に記録して下さい。
- 5 平熱より高い日が4日以上続く場合は、必ず保健所に連絡し、診察を受けて下さい。
- 6 集合研修、ならびに宿泊やトレーニングに参加する際には、必ずこの記録表を携帯し、提出して下さい。

診察記録：

診察記録：

日付	曜	朝の体温		夕方の体温		風邪症状	備考
例	月	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input checked="" type="radio"/> 無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
月	日	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	度	無・有（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	