

エアボクシングメディカルチェックシート

| | | | | | | | |
|---------|--------|--------|--------|--------|-----------|--------|--------|
| 所属ジム | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | |
| 試合予定日 | 11月7日 | | | 会場 | 中日ボクシングジム | | |
| 日付 | 10月25日 | 10月26日 | 10月27日 | 10月28日 | 10月29日 | 10月30日 | 10月31日 |
| 体温(°C) | | | | | | | |
| 味覚障害の有無 | | | | | | | |
| 嗅覚障害の有無 | | | | | | | |
| 咽頭痛の有無 | | | | | | | |
| 倦怠感の有無 | | | | | | | |
| 咳の有無 | | | | | | | |
| 頭痛の有無 | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | |
| 日付 | 11月1日 | 11月2日 | 11月3日 | 11月4日 | 11月5日 | 11月6日 | 11月7日 |
| 体温(°C) | | | | | | | |
| 味覚障害の有無 | | | | | | | |
| 嗅覚障害の有無 | | | | | | | |
| 咽頭痛の有無 | | | | | | | |
| 倦怠感の有無 | | | | | | | |
| 咳の有無 | | | | | | | |
| 頭痛の有無 | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | |

※症状の有無は、“有”の場合のみ“○”で記載する

※体温が平熱+0.5°C以上、各症状の有無で「有」が2日以上続いた場合、試合前にコロナ検査での陰性であることを確認できなければ試合出場不可。

※記入事項に虚偽の内容が発覚した場合、エアボクシングライセンスの無期限停止を含め、いかなる処分に対しても意義を申し立てないことを誓約します。

| | | | | | | | | | |
|---------|---------------------|---|---|---|----------|---|---|---|---|
| 宿泊先 | 名称: 住所: 電話番号: | | | | | | | | |
| チェックイン: | 月 | 日 | 時 | 分 | チェックアウト: | 月 | 日 | 時 | 分 |