(様式①)

健康観察記録票

都道府県名	
学校(チーム)名	

番号	名	前	体温	呼吸器症状(○で囲む)			呼吸器以外の	備考		
1				なし・鼻水・	鼻閉・咽	頭痛・咳	なし・下痢	可・嘔吐・	頭痛	
1				その他()	その他()	
2		なし・鼻水・	鼻閉・咽	頭痛・咳	なし・下痢	可・嘔吐・	頭痛			
		その他()	その他()			
3				なし・鼻水・	鼻閉・咽	頭痛・咳	なし・下痢	可・嘔吐・	頭痛	
3				その他()	その他()	
4				なし・鼻水・	鼻閉・咽	頭痛・咳	なし・下痢	可・嘔吐・	頭痛	
				その他()	その他()	
5				なし・鼻水・	鼻閉・咽	頭痛・咳	なし・下痢	可・嘔吐・	頭痛	
				その他()	その他()	
6				なし・鼻水・	鼻閉・咽	頭痛・咳	なし・下痢	可・嘔吐・	頭痛	
				その他()	その他()	
7				なし・鼻水・	鼻閉・咽	頭痛・咳	なし・下痢	可・嘔吐・	頭痛	
,				その他()	その他()	
8				なし・鼻水・	鼻閉・咽	頭痛・咳	なし・下痢	可・嘔吐・	頭痛	
				その他()	その他()	
9				なし・鼻水・	鼻閉・咽	頭痛・咳	なし・下痢	可・嘔吐・	頭痛	
			その他()	その他()		
10							なし・下痢			
				その他()	その他()	
11					なし・下痢	可・嘔吐・	頭痛			
		その他()			
12					なし・下痢					
		その他()	その他()			
13					なし・下採					
							その他(
14							なし・下痢			
							その他(
15				なし・鼻水・	鼻閉・咽	頭痛・咳	なし・下痢	可・嘔吐・	頭痛	
				その他()	その他()	

[※]都道府県または学校(チーム)ごとに、監督・引率者の責任において、参加選手等の健康観察および 記録を行い、健康管理に努める。

[※]健康観察により、上記のような症状が確認された場合は、医療機関を受診し、指導を受ける。

(様式②)

受診報告書

全国中学校スキー大会()競技

報告日 令和 年 月 日() 都道府県名 氏 名 男・女 (歳) 学校・チーム 年) (学年) 受診者 学校住所 〒 チーム住所 電話番号 (電話) 宿泊先 保護者名 ※生徒の場合 令和 年 月 日() 午前 ・ 午後 時 分頃 症状発生年月日 主な症状 受診医療機関名 1. ()と診断されました。 2. ()の疑いがあると診断されました。 診断結果 3. ()の感染はありませんでした。 4. その他() 医師からの指示事項等 氏 名 役 職 報告者 (記載者) 宿泊先 緊急連絡先

<提出> 受診翌日、8:00までに大会事務局(村公民館内)へ本用紙を提出する。 FAXでの提出も可 ※ただし、必ず電話での確認もすること

TEL 0269-67-0708 FAX 0269-85-2618

感染症等罹患届書 (様式③)

全国中学校スキー大会(

)競技

このことについて、下記の通り届け出いたします。

記

都道府県名								
区分	選手・監督・外部指導者・引率者・役員・その他(
	氏 名			男・	女(歳)		
受診者	学校・チーム (学年)				(年)		
	学校住所 チーム住所	₸						
	電話番号	(電話	_	_)	1		
宿泊先								
保護者名 ※生徒の場合								
受診日時	令和	年 月	日()午前	が 午後	時	分頃		
受診医療機関名								
診断結果								
症状の経過								
医師からの指示事項等								
	氏 名							
報告者 (記載者)	役 職							
(記載者) 	宿泊先							
	緊急連絡先							

<報告・提出> ①感染症への罹患が判明したら、大会事務局に一報を入れる。

②翌日、8:00までに大会事務局(村公民館内)へ本用紙を提出する。

FAXでの提出も可 ※ただし、必ず電話での確認もすること

TEL 0269-67-0708 FAX 0269-85-2618

緊急患者(救急搬送)発生速報 (様式④)

(第 報)

全国中学校スキー大会()競技						
			į	報告日	令和	年	月		日()
			報	告時間	午前	・午後			:	
都道府県名										
	氏 名					男・	女	(歳)
患者氏名	学校・チーム (学年)							(年)
	学校住所 チーム住所	〒								
	電話番号	(電話		-		_))
宿泊先	あ									
保護者名 ※生徒の場合										
発生日時	令和 年	月	日 ()	午	前・午	後		:	頃
発生場所										
主な症状										
受診(予定)医療機関名										
現在の状況										
経過										
医師の診断 指示事項等										
指示事項等 	氏 名									
報告者 (記載者)	宿泊先									
	緊急連絡先									
	<u> </u>									

<報告・提出> ①緊急な状況が発生したら、速やかに大会事務局に一報を入れ、本用紙を提出する。 FAXでの提出も可 ※ただし、必ず電話での確認もすること