

大人水泳教室②ステップアップクラス

健康記録表

氏名

下記の表の「体温」と「睡眠時間」の欄には数値を、他の欄は当てはまる方に○をご記入ください。

症状 \ 日付	9/1	9/8	9/15	9/29	10/6	備考
体温	℃	℃	℃	℃	℃	
前日の睡眠時間	時間	時間	時間	時間	時間	
風邪の症状	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
突発的な味覚・嗅覚障害	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
咳や痰の症状	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
頭痛・悪寒	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
手足のしびれ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
その他						

症状 \ 日付	10/20	10/27				備考
体温	℃	℃				
前日の睡眠時間	時間	時間				
風邪の症状	あり・なし	あり・なし				
突発的な味覚・嗅覚障害	あり・なし	あり・なし				
咳や痰の症状	あり・なし	あり・なし				
頭痛・悪寒	あり・なし	あり・なし				
手足のしびれ	あり・なし	あり・なし				
その他						

◎体調の悪い場合には無理をせず十分休養をとってください。
また、次の事項に該当する方は受講を控えてください。
①病氣中 ②目・耳の疾患 ③大病の直後 ④外傷 ⑤アレルギー体質 ⑥てんかん体質
⑦けいれんを起こしやすい方

<個人情報の取り扱いについて>
ご記入いただいた内容は、出欠の確認及び皆様の健康状態を把握し、安全に教室を行うためのものです。
この利用目的以外では利用いたしません。