コンディショニングチェックフォーム

氏名　　年齢　　チーム名　　連絡先

月／日	起床時			食事			就寝	体で気になること	家族内の体調不良者
／	時刻	体温	体調	朝食	昼食	夕食	時刻	体調・けが等	有・無
／	：						：		

月/日：日付を記入

起床時：起床時刻・体温・体調（◎・○・△・×）を記入

食事：朝食・昼食・夕食を食べたか（○・×）を記入

就寝：就寝時刻を記入

体で気になること：体調やけが等、普段と違いがあれば記入

家族内の体調不良者：同居もしくは濃厚接触の家族等で体調不良の有無を記入