

受診報告書

競技名	陸上競技		
受診者	氏名	男・女 (歳)	
	自宅住所	〒 電話 — —	
	学校名・学年	年	
保護者名 ()	学校住所	〒 電話 — —	
	症状発生年月日	令和4年 8 月 日() 午前・午後 時 分頃	
主な症状			
病院名			
診断の結果	1、 と診断されました。 2、 の疑いがあると診断されました。 3、 の感染はありませんでした。 4その他()		
その他、医師からの所見など			
記載者	監督・外部指導員(○で囲む)・その他()		
	氏名		男・女
	所属		
	自宅住所	〒 電話 — —	

※ 住所は、都道府県名から記入してください。