

熱中症メディカルチェック

を当てはまる項目に入れてください。

発熱

頭痛

めまい

睡眠不足

下痢

腹痛等

朝食を抜いた

二日酔い

その他

当てはまる項目はありません。

2024 年 月 日

名前（自署）_____