පුහුණුවීම් අතරතුර ක්‍රීඩකයන් හා සහායක කණ්ඩායම් වල රෝග නිවාරණය සඳහා දෛනික ව පිළිතුරු සැපයිය යුතු ප්‍රශ්නාවලිය

**Daily Questionnaire for athletes and supporting staff to prevent infection during training**

(කොවිඩ් 19 රෝග ව්‍යාප්තිය හමුවේ ක්‍රීඩා පුහුණුවීම් නැවත ආරම්භ කිරීම සඳහා වූ ජාතික මාර්ගෝපද්ශ සංග්‍රහය

(National Guidelines for safe Return to Sport – During COVID 19)

නම - .......................................................................................................................................

**Name -**………………………………………………………………………………………………………………………………………

ඔබට පහත රෝග ලක්ෂණ තිබේ ද? ඔව් නැත

**Do you have any of the following: Yes**  **No**

1. කැස්ස Cough
2. හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාව/ හතිය

Shortness of breath/difficulty breathing

1. උණ Fever
2. අධික ශීතල Chills
3. උගුරේ ආසාධනය Sore throat
4. රස හා ගඳ නොදැනීම New loss of taste or smell
5. වමනයට ඒම Nausea
6. වමනය යාම Vomiting
7. පාචනය Diarrhoea
8. අධික මහන්සිය හෝ හදිසියේ ඇති වූ පේශි හා සන්ධි රුදාව

Fatigue or muscle pain without a known cause

**උෂ්ණත්වය -.....................................................**

**Temperature - ……………………………………………………..**

**තවදුරටත් පරීක්ෂා කිරීමක් නොමැති ව පුහුණු විය හැකි වේ**

**Fit to train without any further exanmination**

**තවදුරටත් පරීක්ෂාවක් අවශ්‍ය වේ**

**Need further examination**

**කණ්ඩායම් වෛද්‍යවරයා/ භෞත චිකිත්සක/ බලය ලත් නිලධාරියාගේ අත්සන......................................**.

**Signature of the Team Physician/Team Physio/Authorized Official** ………………………….