

## 研修受講にあたっての健康観察票

研修名：令和2年度介護職員チームリーダー養成研修（Bコース）

研修日：令和 年 月 日

受講No. \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

- 研修受講に際して、当日の健康チェックをお願いいたします。
- この健康チェックは、研修の場を介する感染拡大防止目的として実施しております。皆様のご理解とご協力をお願いいたします。
- このため、以下の項目に該当がある場合の出席については、自粛のご協力をお願いいたします。

(1) 本日の朝の体温を記入してください。 (                      °C)

(2) 症状がある場合は「はい」の欄、無い場合は「いいえ」の欄にチェックをしてください。

質 問 項 目	はい	いいえ	備 考
① 咳嗽症状がありますか			
② 鼻汁・鼻閉がありますか			
③ 咽頭痛がありますか			
④ 頭痛がありますか			
⑤ 下痢症状がありますか			
⑥ 味覚異常がありますか			
⑦ 嗅覚異常がありますか			
⑧ 胸痛がありますか			
⑨ 息がしにくい感じがありますか			