

研修受講にあたっての健康観察票

研修名： 令和3年度「滋賀県障害者虐待防止・権利擁護研修会」

研修日：令和3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 せき症状がありますか			
② 鼻みず・鼻づまりがありますか			
③ 咽の痛みがありますか			
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 胸の痛みがありますか			
⑨ 息がしにくい感じがありますか			

この健康観察票は、研修当日に受付で提出をお願いします。