**研修受講にあたっての健康観察票**

研修名： 令和4年度　介護支援専門員　実務研修

研修日： 令和　　年　　月　　 日（　　）

受講№　　　　　　　　　　　　　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。　　　　　（　　　　　　　　℃）
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 |  |  |  |

この健康観察票は、研修当日に受付で提出お願いします。