

## 研修受講にあたっての健康観察票

研修名： 主任介護支援専門員研修

研修日：令和3年 月 日（ ）

受講番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

- 研修受講に際して、当日の健康チェックをお願いします。
- この健康チェックは、研修の場を介する感染拡大防止を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			

この健康観察票は、毎回、研修当日に受付で提出をお願いします。  
(必要部数をコピーして利用してください。)