

健康チェック表

* 研修当日、受付にご提出して下さい。

事業名: 一般教育研修 その他(事業名 _____)

令和 3 年 月 日

氏 名			
所属施設名			
検温時間	時 分	体 温	℃
咳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	倦怠感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
喉の痛み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	頭 痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
息苦しさ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他 <small>(例:味覚・嗅覚が普段と違う)</small>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
平時と比較して、体調変化・体調不良があるかどうか			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
発熱や咳など風邪症状のある人との接触			
<input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 有(詳細:いつ、どこで、誰と、どのように接触したか)			
2週間以内に県をまたいでの移動			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 都道府県)			

* 研修終了後、2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、速やかに当協会に報告して下さい。また、ご報告いただいた状況に応じて、保健所等に情報提供する場合がありますことを予めご了承下さい。

* 受講の際には、本頁をコピーしてご使用下さい。