

健康チェック表

*本ページを事前にコピーし、研修当日に記載の上、受付にご提出して下さい。

事業名: 一般教育研修 その他()

令和4年 月 日

氏名			
所属施設名 (在宅の方は市町村名を記入)			
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 (例:味覚・嗅覚が普段と違う)	<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。

*なお、この対策は、国・県等の方針を受けて、必要時変更する可能性があります。

当協会へ提出いただいた本用紙は、1年間保存し廃棄いたします。