

# 事前健康チェックシート

取扱注意

研修名		受講番号	
○ 研修当日まで、毎日検温を行い健康観察をしてください。		氏名	
		平熱	℃

	月日	体温	風邪症状等なく 健康状態は良好	発熱・風邪症状など健康に心配がある場合				
				発熱のみ	咳・息苦しさなど の呼吸器症状	全身の倦怠感 だるさ	味覚・嗅覚の 違和感・異常	その他の体調不安（記述）
記入例	○/○	36.2 °C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14日前	/	°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13日前	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12日前	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11日前	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10日前	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9日前	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8日前	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7日前	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6日前	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5日前	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4日前	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3日前	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2日前	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1日前	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
当日	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※新型コロナウイルス感染者との濃厚接触など感染疑いが懸念される方、過去14日間以内に海外感染流行地域等を訪問された帰国者の方は受講を自粛してください。

※万一、受講者・講師及びスタッフ等の関係者の中で研修終了後14日以内に保健所または医療機関等の判断でPCR検査が必要と認められた場合、クラスター感染拡大防止の観点から保健所の指示に基づき氏名・連絡先等の個人情報を提供することがあります。

※本シートは回収はしませんが研修当日に持参いただき、研修終了後も14日間は各自保管してください。

特定非営利活動法人かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク