

受講番号

健康確認チェック表

氏名		年齢	
住所			
連絡先	(自宅)		
	(携帯)		

- ・健康観察実施日 12/25 12/26
- ・研修名:令和2年度愛媛県強度行動障がい支援者養成研修(実践研修)

- ・問診票(当てはまる口に✓を記入してください。)
◎内容は現在および2週間以内のことについて記入してください。

37.5℃を超える発熱	<input type="checkbox"/> あり(℃)	<input type="checkbox"/> なし
咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり(症状:)	<input type="checkbox"/> なし
だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/> あり(症状:)	<input type="checkbox"/> なし
嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり(症状:)	<input type="checkbox"/> なし
体を重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり(症状:)	<input type="checkbox"/> なし
新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

(自署)

当日の体温 ℃ (事務局が検温します。)	事務局確認欄
-----------------------------------	--------