

新型コロナウイルス感染症 体調管理シート

10日目用

科目名：個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開

 いずれか

 研修日： A2月12日 B2月13日

氏名 _____ 受講番号 _____

私は受講にあたり以下の記載内容に相違がないことを確認して報告します。

【本人に関すること】		あなたの平熱（7日間の平均ではありません） <input type="checkbox"/>						℃	
体温（朝）	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	当日朝	
	A2/5 B2/6	A2/6 B2/7	A2/7 B2/8	A2/8 B2/9	A2/9 B2/10	A2/10 B2/11	A2/11 B2/12	A2/12 B2/13	
	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
以下の記入は提出期日の 当日の朝 に行ってください。該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>									
咳、のどの痛み		<input type="checkbox"/> ある（いつから _____）						• <input type="checkbox"/> ない	
発熱症状		<input type="checkbox"/> ある（いつから _____）						• <input type="checkbox"/> ない	
痰が出る症状		<input type="checkbox"/> ある（いつから _____）						• <input type="checkbox"/> ない	
鼻水が出る症状		<input type="checkbox"/> ある（いつから _____）						• <input type="checkbox"/> ない	
強い倦怠感		<input type="checkbox"/> ある（いつから _____）						• <input type="checkbox"/> ない	
味覚・嗅覚の異常		<input type="checkbox"/> ある（いつから _____）						• <input type="checkbox"/> ない	
2週間以内	新型コロナウイルス感染者との接触	<input type="checkbox"/> ある（いつから _____）						• <input type="checkbox"/> ない	
	濃厚接触者になったこと	<input type="checkbox"/> ある（いつから _____）						• <input type="checkbox"/> ない	
その他の体調不良		<input type="checkbox"/> ある（いつから・具体的に _____）						• <input type="checkbox"/> ない	

【ご家族・同居人に関すること】		同居人がいない場合 → <input type="checkbox"/> ※以下は未記入可。	
以下の記入は提出期日の 当日の朝 に行ってください。該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>			
発熱症状		<input type="checkbox"/> ある（誰 _____）	
新型コロナウイルス感染		<input type="checkbox"/> ある（いつ _____）	
新型コロナウイルス感染疑い		<input type="checkbox"/> ある（いつ _____）	
2週間以内	新型コロナウイルス感染者との接触	<input type="checkbox"/> ある（いつ _____）	
	濃厚接触者になったこと	<input type="checkbox"/> ある（いつ _____）	
その他の体調不良		<input type="checkbox"/> ある（いつ・具体的に _____）	