

# 新型コロナウイルス感染症 体調管理シート

研修名 令和 2 年度千葉県主任介護支援専門員更新研修

**7日日用**

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ご報告します。

【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) →					℃	
体温 (朝)	7 日前 3/4	6 日前 3/5	5 日前 3/6	4 日前 3/7	3 日前 3/8	2 日前 3/9	1 日前 3/10	当日朝 3/11
	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
以下の記入は提出期日の <b>当日の朝</b> 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 →  ※以下は未記入可。

以下の記入は提出期日の <b>当日の朝</b> 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 _____ )						<input type="checkbox"/> ない
新型コロナウイルス感染		<input type="checkbox"/> ある (いつ _____ )						<input type="checkbox"/> ない
新型コロナウイルス感染疑い		<input type="checkbox"/> ある (いつ _____ )						<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 _____ )						<input type="checkbox"/> ない
	濃厚接触者になったこと	<input type="checkbox"/> ある (いつ _____ )						<input type="checkbox"/> ない
その他の体調不良		<input type="checkbox"/> ある (いつ・具体的に _____ )						<input type="checkbox"/> ない