

新型コロナウイルス感染症 体調管理シート**4日目用****研修名 令和3年度千葉県主任介護支援専門員更新研修**

受講番号 _____ 氏 名 _____

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） ☐						℃	
		7 日前 10/18	6 日前 10/19	5 日前 10/20	4 日前 10/21	3 日前 10/22	2 日前 10/23	1 日前 10/24	当日朝 10/25
体温（朝）		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
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 ☒									
咳、のどの痛み		☐ ある（いつから _____）							☐ ない
発熱症状		☐ ある（いつから _____）							☐ ない
痰が出る症状		☐ ある（いつから _____）							☐ ない
鼻水が出る症状		☐ ある（いつから _____）							☐ ない
強い倦怠感		☐ ある（いつから _____）							☐ ない
味覚・嗅覚の異常		☐ ある（いつから _____）							☐ ない
2 週間以内	新型コロナウイルス感染者との接触	☐ ある（いつ _____）							☐ ない
	濃厚接触者になったこと	☐ ある（いつ _____）							☐ ない
その他の体調不良		☐ ある ↓いつから・どのような症状 ↓ _____ (_____)							☐ 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 当日の朝 に行ってください。該当するものに ☒									
発熱症状		☐ ある（誰 _____）							☐ ない
新型コロナウイルス感染		☐ ある（いつ _____）							☐ ない
新型コロナウイルス感染疑い		☐ ある（いつ _____）							☐ ない
2 週間以内	新型コロナウイルス感染者との接触	☐ ある（いつ _____）							☐ ない
	濃厚接触者になったこと	☐ ある（いつ _____）							☐ ない
その他の体調不良		☐ ある ↓いつから・どのような症状 ↓ _____ (_____)							☐ ない