

新型コロナウイルス感染症 体調管理シート**1日目用****研修名 令和4年度千葉県主任介護支援専門員更新研修 第2期**

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。

【受講者本人に関すること】 あなたの平熱 → (℃) ※直近7日間の平均ではありません。

	7 日前 10/3	6 日前 10/4	5 日前 10/5	4 日前 10/6	3 日前 10/7	2 日前 10/8	1 日前 10/9	当日朝 10/10
体温（朝）								
	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

以下の記入は、研修日の当日、家を出る前 におこなってください。該当するものに☑

発熱症状		☐ ある（いつから ）	☐ ない
咳、のどの痛み		☐ 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
その他の体調不良など		☐ ある ↓いつから、どのような症状（ ）	☐ ない

【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、研修日の当日、家を出る前 におこなってください。該当するものに☑

発熱症状		☐ ある（だれ： 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（だれ： いつ： ）	☐ ない
	濃厚接触者になったこと	☐ ある（だれ： いつ： ）	☐ ない
その他の体調不良など		☐ ある ↓だれ、いつから、どのような症状（ ）	☐ ない

- ・上記の各項目の「ある」にチェックが入る場合は、受講をご検討ください。
- ・普段と異なる症状のある場合は受講をお控えください。
- ・受講者お一人お一人の健康管理と受講の判断が感染症対策となります。ご協力をお願いいたします。
- ・欠席する場合は事務局へ連絡のうえ、欠席届（受講の手引きP.16）を提出してください。