

# 新型コロナウイルス感染症 体調管理シート

2日目用

研修名 令和4年度千葉県主任介護支援専門員研修

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。

【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。

体温（朝）	7日前 11/15	6日前 11/16	5日前 11/17	4日前 11/18	3日前 11/19	2日前 11/20	1日前 11/21	当日朝 11/22
	_____ ℃	_____ ℃	_____ ℃	_____ ℃	_____ ℃	_____ ℃	_____ ℃	_____ ℃

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.14）を提出してください。