

出席票兼健康調査票（新型コロナウイルス感染症関係）

受講研修名	岩手県介護支援専門員（ ）研修		組
班番号		出席番号 (研修初日にお知らせします)	
受講者氏名			

研修期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ※各回の研修期間を記入		
接触状況	<p>過去 14 日以内に、新型コロナウイルスに感染した人や感染した疑いがある人と接触しましたか。 (またはその可能性がありますか。)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>→ いつごろですか。 月 日頃</p>		
過去 14 日 以内の 健康状態	症状等	チェック欄	
	① 平熱比 1°C 超過 平熱 (°C ～ °C) ※平熱は、裏面にもご記入ください。	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓ 時期 月 日頃～ (日間) 体温 °C	
	② 咳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓ 時期 月 日頃～ (日間)	
	③ 身体のひどいだるさ (倦怠感)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓ 時期 月 日頃～ (日間)	
	④ 息苦しさ (呼吸困難)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓ 時期 月 日頃～ (日間)	
⑤ ほかに症状がありましたか (咽頭痛、味覚・嗅覚異常など)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓ 時期 月 日頃～ (日間)	(症状)	

裏もあります。

出席 番号	
----------	--

出席票兼健康調査票（新型コロナウイルス感染症関係）

毎朝受付で提出してください。出席確認も兼ねます。

		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
接触状況の有無 (表面の状況)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
健 康 状 態	① 今朝の体温	°C	°C	°C	°C	°C
	② 平熱比 1°C超過 平熱(°C~ °C)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	③ 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	④ 咳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	⑤ 身体のひどいだるさ (倦怠感)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	⑥ 息苦しさ (呼吸困難)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	⑦ 味覚異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	⑧ 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	⑨ その他症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
事務局確認欄						

表もあります。