

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	令和3年度 岩手県認知症介護実践者研修（第 期）		
出席番号		受講者氏名	

研修期間	令和 3年 月 日		
接触状況	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。) □はい □いいえ → いつごろですか。 月 日頃		
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)	□あり □なし ↓ 時期 月 日頃~ (日間) 体温 °C	
	② 咳	□あり □なし ↓ 時期 月 日頃~ (日間)	
	③ 身体のひどいだるさ(倦怠感)	□あり □なし ↓ 時期 月 日頃~ (日間)	
	④ 息苦しさ(呼吸困難)	□あり □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)	□あり □なし ↓ 時期 月 日頃~ (日間) (症状)	
ワクチン 接種状況	□ 1回接種 □ 2回接種 □ 未接種		

研修当日の 健康状態	健康状態	月 日
	① 今朝の体温	°C
	② 平熱比1°C超過	□あり □なし
	③ 咳	□あり □なし
	④ 咽頭痛	□あり □なし
	⑤ 身体のひどいだるさ(倦怠感)	□あり □なし
	⑥ 息苦しさ(呼吸困難)	□あり □なし
	⑦ 味覚異常	□あり □なし
	⑧ 嗅覚異常	□あり □なし
	⑨ その他 ()	□あり □なし

事務局欄