**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 実務 研修（実習） | |
| 出席番号 |  |  |
| 受講者氏名 |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習期間 | 令和　　年　　月　　日　　～　　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℃超過  平熱（　　　℃　　～　　　℃　）  ※平熱は、裏面にもご記入ください。 | □あり　　□なし  ↓  時期　　月　日頃～（　　日間）　　体温　　　℃ |
| 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 | □　未接種　　　　　　　　□　接種済み（　　　回） | |

**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） | | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| 健  　康  状  態 | ①　今朝の体温 | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ |
| ②　平熱比1℃超過  平熱( 　　℃～　 　℃ ) | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| ③　咽頭痛 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| ④　咳 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| ⑤　身体のひどいだるさ  （倦怠感） | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| ⑥　息苦しさ  （呼吸困難） | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| ⑦　味覚異常 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| ⑧　嗅覚異常 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| ⑨　その他症状 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| 協力事業所確認欄 | |  |  |  |  |  |

**表もあります。**