

出席確認・健康管理シート

研修当日、「出席確認・健康管理シート」を予めご記入のうえ、会場受付にお持ちください。

研修日	研修名
月 日 ()	令和3年度 富山県介護支援専門員 更新研修B・再研修

受講番号	
氏名	
所属事業所名	

今朝の体温	℃
-------	---

過去2週間以内に、発熱や風邪の症状がありましたか？	あった・なかった
過去2週間以内に海外渡航歴や、海外渡航歴のある方との濃厚接触がありましたか？	あった・なかった

当てはまる症状についてお答えください。

1	頭痛・倦怠感がありますか？	ある・ない
2	鼻汁は出ていますか？	ある・ない
3	喉の痛みはありますか？	ある・ない
4	咳は出ていますか？	ある・ない
5	息苦しさはありますか？	ある・ない
6	味覚障害はありますか？	ある・ない
7	嗅覚障害はありますか？	ある・ない
8	下痢・吐き気はありますか？	ある・ない
9	その他、気になる症状はありますか？（具体的に：)	ある・ない
10	同居する家族等に上記1～9にあてはまる状況がありますか？	ある・ない