

## 研修受講にあたっての健康観察票

研修名：滋賀県介護サービス事業者協議会連合会主催  
「令和2年度滋賀県認知症研修会」

研修日：研修を受けられる日程・時間を○で囲んでください。

- ・南部会場 令和2年9月9日（午前・午後）
- ・北部会場 令和2年9月4日（午前・午後）

所属事業所名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

- ・研修受講に際して、当日の健康チェックをお願いいたします。
- ・この健康チェックは、研修の場を介する感染拡大防止目的として実施しております。皆様のご理解とご協力をお願いいたします。
- ・このため、以下の項目に該当がある場合の出席については、自粛のご協力をお願いいたします。
- ・本用紙は、研修当日に受付までご提出いただきますようお願いいたします。

(1)本日の朝の体温を記入してください。 (                      °C)

(2)症状がある場合は「はい」の欄、ない場合は「いいえ」の欄にチェックをしてください。

質問事項	はい	いいえ	備考
①咳嗽症状がありますか			
②鼻汁・鼻閉がありますか			
③咽頭痛がありますか			
④頭痛がありますか			
⑤下痢症状がありますか			
⑥味覚異常がありますか			
⑦嗅覚異常がありますか			
⑧胸痛がありますか			
⑨息がしにくい感じがありますか			

