**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４年度滋賀県認知症研修会」

**研修日：**チェックをお願いします（午前・午後両方出席の場合は１枚で結構です）

□　令和４年９月１日（木）ＡＭ

* 令和４年９月１日（木）ＰＭ
* 令和４年９月８日（木）ＡＭ
* 令和４年９月８日（木）ＰＭ

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します。**

(１)本日の朝の体温を記入してください。　　（　　　　　　　　　　℃）

(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 |  |  |  |