

令和2年度 熊本県介護支援専門員再研修 健康観察表

本研修を受講されるにあたり、2週間の健康観察をお願いいたします。

○本健康観察表は研修受講開始2週間前より毎日記入してください。手書き・PC入力どちらでも構いません。

●研修初日、朝の受付時に「受講決定通知書」と同じクリアファイルに入れ提出をお願いいたします。

○本健康観察表の提出がなかった場合は受講をお断りさせていただく場合もございますので、くれぐれも持参忘れ等のありませんようご注意ください。

※当日以下の条件に該当される場合、受講をお断りさせていただく場合があります。

- ①風邪の症状や37.5℃以上の発熱がある方
- ②味覚・嗅覚障害（味やにおいを感じない）がある方
- ③強いだるさや息苦しさがある方

氏名	
登録番号	

★朝晩の検温結果と、それぞれの症状についてある場合は「○」ない場合は「×」を記入してください

日付	8/18(火)	8/19(火)	8/20(火)	8/21(火)	8/22(火)	8/23(火)	8/24(火)	8/25(火)	8/26(火)	8/27(火)	8/28(火)	8/29(火)	8/30(火)	8/31(火)
体温(朝)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体温(夜)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
せき														
息苦しさ														
鼻汁・鼻づまり														
のどの痛み														
吐き気・吐いた														
目の充血														
頭痛														
全身のだるさ														
関節筋肉痛														
下痢														
味がしない														
においがしない														
その他														