

## 【新型コロナウイルス感染症に係る健康チェックシート】

受講番号 (                    )                    氏名 (                    )                    勤務先病院(                    )

スクーリング実施にあたりまして下記の症状がある場合、又は感染者等との濃厚接触がスクーリング参加日から7日以内にあった方は、スクーリングの参加をご遠慮いただきますようお願い致します。

皆様のご理解とチェックシートの記入・持参のご協力をお願い致します。  
※このシートに直接記入していただき、スクーリング受付時にご提出ください。

### 体温測定結果と症状の有無・行動の状況

体 調 管 理 項 目		月 日( )	月 日( )	月 日( )	月 日( )	月 日( )	月 日( )	月 日( )
		°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	平熱より高い	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	息切れ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	痰	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	喉の痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鼻水	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	筋肉痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	頭痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	下痢・嘔吐	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	味・匂いの異常	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	家族に発熱	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	家族に体調不良	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
行 動 項 目	海外渡航 ※1	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	出張・旅行 ※2	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	その他 ※3	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし

- ※1 家族も含めた、海外への渡航の有無
- ※2 クラスタ地域への、出張又は旅行
- ※3 その他の濃厚接触の可能性

また、下記の条件に当てはまる場合もスクーリングへの参加をご遠慮ください。

- ・ 日常拠点都道府県で感染が拡大し、何らかの制限が発令された場合。
- ・ 勤務先病院で感染者が確認された場合と同居家族に感染が確認された場合。
- ・ 本人もしくは身近に濃厚接触者がいる場合。