

【健康チェックシート】

受講番号 () 氏名 () 勤務先 ()

感染予防のため、スクーリング参加当日までの体調をご記入ください。体調が優れない場合は、スクーリングの参加をご検討くださいますようお願いいたします。皆様のご理解・ご協力のほどよろしくお願いいたします。

※このシートに直接記入のうえ、スクーリング受付時に必ずご提出ください。

＜症状リスト＞

- ①平熱を超える発熱 ②咳 ③息切れ ④痰 ⑤喉の痛み ⑥鼻水 ⑦筋肉痛 ⑧頭痛 ⑨下痢・嘔吐
⑩嗅覚・味覚の異常 ⑪息苦しさ ⑫倦怠感（だるさ） ⑬その他（具体的な症状を各日の欄にご記入ください）

1) スクーリング参加前7日間と当日の体調を記入してください。

※体温計は、接触式体温計の使用をお願いいたします。（非接触式体温計不可）

事務局チェック欄 ☐

記入日	体 温	体 調	不調を選択した場合は、上記＜症状リスト＞から番号と程度を記入してください。
/	℃	☐ 良好 ☐ 不調	
/	℃	☐ 良好 ☐ 不調	
/	℃	☐ 良好 ☐ 不調	
/	℃	☐ 良好 ☐ 不調	
/	℃	☐ 良好 ☐ 不調	
/	℃	☐ 良好 ☐ 不調	
/	℃	☐ 良好 ☐ 不調	
参加当日	℃	☐ 良好 ☐ 不調	

※①～⑬の症状がある場合は、スクーリングのご出席を今一度ご検討ください。

2) スクリーニング参加前7日以内について、以下の質問にお答えください。

事務局チェック欄 ☐

質 問	回 答
①家族に発熱または体調を崩している方はいますか。	☐ はい ☐ いいえ
②勤務先または家族、身近な知人などに感染もしくは感染が疑われる方はいますか。	☐ はい ☐ いいえ

※①②のご回答に「はい」のチェックが付いた方は、スクーリング参加1週間以内に検査を受け、検査結果の証明を持参ください。

3) その他、気になる点や伝えたいことなどがありましたら、ご記入ください。

事務局チェック欄 ☐

記入内容は当該スクーリングにおいてのみ活用いたします。（書類は1カ月保管後、破棄いたします）

万が一の場合、行政機関などへ提出し情報提供することをあらかじめご了承ください。

ご協力ありがとうございました。