

健康管理チェックシート

千葉県運営適正化委員会

★本研修を受講にあたり、以下の事項に関して必ずチェックし、受付時に提出をお願いします。
何卒ご理解とご協力をよろしくお願いします。

①体温の結果を記入ください。

今朝の体温	℃	受講者氏名	
-------	---	-------	--

②以下の項目に関して、自己チェックをお願いします。（問題なければ、全て☑がつきます。）

身体状況

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 発熱（37.5度以上）していない。※研修当日又は前日（24時間以内） |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 咳（断続的に続く）はない。 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 味覚・嗅覚の異常（数日間）はない。 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 倦怠感（身に覚えがない）はない。 |

周辺状況

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 5 | <input type="checkbox"/> | 保健所により、新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者とされていない。 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 家族及び同居など生活を共にしている者に体調不良者はいない |
| 7 | <input type="checkbox"/> | 同居の家族や職場内に新型コロナウイルスの感染者（疑われている人含む）はいない。 |

遵守事項

- | | | |
|----|--------------------------|----------------------------------|
| 8 | <input type="checkbox"/> | 研修を受講する際は、必ずマスクを着用します |
| 9 | <input type="checkbox"/> | 研修受講中は、手洗い及びアルコール消毒をしっかりと行います。 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | 体調に不安や異変が生じたら、速やかに事務局に報告します |
| 11 | <input type="checkbox"/> | 万が一、クラスター等発生した場合は、情報提供等に協力いたします。 |

以上の回答事項に相違はありません。

受講者氏名		受講日	令和	年	月	日
-------	--	-----	----	---	---	---

事務局欄	
------	--