　日目

１４　令和元年度千葉県介護支援専門員実務研修（見学・観察実習）

　体調チェックシート

　　※このシートは、実習日ごとに毎回事業所の御担当者へ提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 |  | 氏　名 |  |

＜ご本人及び周囲の方の状況＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 項　目 | 状態・チェック | 特記事項・その他 |
| １ | 体　温  ※研修参加前に検温すること | ℃ |  |
| ２ | 咳・のどの痛み等はあるか | あり ・ なし |  |
| ３ | 熱っぽい・体がだるい等の症状はあるか | あり ・ なし |  |
| ４ | 味覚・匂いの異常はあるか | あり ・ なし |  |
| ５ | 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  （以下、該当しない場合は☑を入れてください） | □ |  |
| ６ | 同居の家族や職場内に新型コロナウイルス感染者はいない（疑いのある人を含む） | □ |  |

＜守っていただく事項＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 項　目 | チェック | 特記事項・その他 |
| １ | 研修受講中は、必ずマスクを着用します。  （サージカルマスク・不織布のもの） | □ |  |
| ２ | 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。 | □ |  |
| ３ | 体調に不安や異変を感じた場合は、速やかに事務局へ報告します。 | □ |  |
| ４ | 万が一、クラスター等が発生した場合は、情報提供等に協力します。 | □ |  |
| 最終 | 以上の回答事項に相違はありません。 | □ |  |