**研修会開催にあたっての健康観察票**

研修名：東近江介護サービス事業者協議会「　　　　」研修会

日　程：令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～

所属事業所名

氏名

・研修参加に際して、当日の健康チェックをお願いいたします。

・健康チェックは、研修開催を介する感染拡大防止目的として実施しております。皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

・以下の項目に該当がある場合の出席については、自粛のご協力をお願いいたします。

・本用紙は、会議当日にご提出いただきますようお願いします。

(１)本日の体温を記入してください。　　（　　　　　　　　　　℃）

(２)症状がある場合は「はい」の欄、ない場合は「いいえ」の欄にチェックをしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 質問事項 | はい | いいえ | 備考 |
| ①咳嗽症状がありますか |  |  |  |
| ②鼻汁・鼻閉がありますか |  |  |  |
| ③咽頭通がありますか |  |  |  |
| ④頭痛がありますか |  |  |  |
| ⑤下痢症状がありますか |  |  |  |
| ⑥味覚異常がありますか |  |  |  |
| ⑦嗅覚異常がありますか |  |  |  |
| ⑧胸痛がありますか |  |  |  |
| ⑨息がしにくい感じがありますか |  |  |  |