

# 健康チェック表

受講日 : 令和 年 月 日

氏名		受講番号 No.
----	--	----------

以下の設問についてお答えください。

当日の体温	1日目	°C	2日目	°C	3日目	°C	4日目	°C
チェック項目								該当の有無
現在の 体調	①発熱 (37.5°C以上)							あり ・ なし
	②咳、のどの痛み、鼻づまりなどの風邪症状							あり ・ なし
	③だるさ (倦怠感) や息苦しさ							あり ・ なし
	④頭痛							あり ・ なし
	⑤嘔吐、下痢など							あり ・ なし
	⑥味覚や嗅覚の異常							あり ・ なし
	⑦その他の体調不良							あり ・ なし
現在、新型コロナウイルス感染症陽性者の濃厚接触者である、またはその疑いがある。								あり ・ なし
過去7日間において新型コロナウイルス感染症の陽性と判定されたことがある。								あり ・ なし
過去7日間における上記①～⑦の症状の有無 ※								あり ・ なし
上記が「症状あり」の場合、その時期と体温または具体的な症状をご記入ください。(例. 7日前に発熱、体温37.5°C)								

## 【 お 願 い 】

- ・講習会当日、体温を測らせていただきます。
- ・会場に入場する際は、**マスク着用**をお願いいたします。
- ・手指の消毒・咳エチケットの励行等にご協力ください。

**受講される方はこの健康チェック表をご記入の上、受講票ご提示の際に提出願います。**

※過去7日間に症状ありの場合は、当日の体調等確認の上、受講可否を判断させていただきます。