

令和3年度山梨県介護支援専門員 実務研修・再研修・更新研修
健康チェック表

受講番号：

氏名：

コロナワクチン接種歴： 1回目 / 2回目 (接種済みの回数に○)

それぞれの症状に該当する場合は「有」、該当しない場合は「無」に「○」を記入してください。他の症状がある場合はその他欄に記入をお願いいたします。
(消えないペンで記入してください。)

日付	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日
曜日								
体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
症状の有無	咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	喉の痛み	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	鼻水	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	倦怠感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	味覚・嗅覚障害	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	息苦しさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	頭痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	その他							
特記事項								

※こちらの健康チェック表は研修日当日、受付にて職員に提出してください。その際、次回までの健康チェック表を新たにお渡しします。