

令和4年度山梨県介護支援専門員実務研修、再・更新研修

健康チェック表

氏名：

コロナワクチン接種歴： 1回目 / 2回目 / 3回目 / 4回目 / 5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 |
|-------|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 曜日 | | | | | | | |
| 体温 | °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 |
| | 喉の痛み | 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 |
| | 倦怠感 | 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 |
| | 息苦しさ | 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 |
| | その他 | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | |

※こちらの健康チェック表は研修当日、提出してください。この用紙は事前にコピーをとり、ご使用ください。