**千葉県認知症コーディネーター・地域支援推進員**

**このチェックシートは、研修日当日に、受付で提出してください。**

**活動事例報告会**

**健康（体調）チェックシート**

研修日：令和３年　　 月　　 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属名 |  | 氏 名 |  |

**以下の項目について記入をお願いします。**

**（１）研修当日の体温について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 当日朝の計測値※各自計測のこと | ℃ | 受付での計測値 | ℃ |

**（２）過去２週間における体調及び状況について**

|  |  |
| --- | --- |
| ①　平熱を超える発熱 | あり　・　なし |
| ②　咳やのどの痛み等の風邪の症状 | あり　・　なし |
| ③　体のだるさ、息苦しさ | あり　・　なし |
| ④　嗅覚や味覚の異常 | あり　・　なし |
| ⑤　体が重く感じる、疲れやすい等 | あり　・　なし |
| ⑥　新型コロナウイルス感染陽性者との濃厚接触 | あり　・　なし |
| ⑦　同居家族や知人、同僚職員や施設利用者等に感染を疑われる人がいる | あり　・　なし |
| ⑧　過去14日以内に、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航　又は当該在住者との濃厚接触がある | あり　・　なし |