

## 健康チェックシート

講習日 令和 年 月 日

氏名				
状態・症状の項目	現在の状況			
体温	自宅体温	℃	受講時体温	℃
鼻汁・鼻閉	あり		なし	
咽頭痛	あり		なし	
咳	あり		なし	
呼吸困難	あり		なし	
全身倦怠感	あり		なし	
味覚障害・嗅覚障害	あり		なし	
頭痛	あり		なし	
嘔気・嘔吐	あり		なし	
下痢	あり		なし	
その他	( )			
直近2週間以内に発熱や上記の症状はありませんか	あり		なし	
家族・身内な人に上記の症状の人はいませんか	あり		なし	
対応策の項目	実施の状況			
手指消毒はしましたか	はい		いいえ	
マスクは着用していますか	はい		いいえ	

**〔参加条件〕**

- 状態・症状の項目  
体温37.5度以下、すべての項目が「なし」であること
- 対応策の項目  
すべての項目が「はい」であること