

# 健康確認書

必要事項をご記入の上、研修の当日受付に提出をお願いします。

研修日 令和 4年 月 日 ( )  
研修名 ( )  
所属施設 ( )  
氏名 ( )  
緊急連絡先 (携帯番号: )

研修当日の体調について下記にご記入ください。

状態・症状の項目	現在の状況	
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
味覚障がい・嗅覚障がい	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	あり	なし
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・身近な人に上記の人はいませんか	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

## ※受講要件

体温 37.5 度以下、「状態・症状の項目」の全ての項目が「なし」、かつ「対応策の項目」の全ての項目が「はい」であること。

※研修終了後2週間以内の症状出現や「感染確定者」または、「濃厚接触者」と判定された場合は、島根県看護協会まで必ずご連絡ください。

※「研修受講確認書」は、個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。クラスター発生後の連絡等に使用し、目的外の利用はいたしません。また2週間保管後、破棄します。