

第24回愛知県介護支援専門員実務研修受講生のみなさま

今般の国および愛知県の新型コロナウイルス感染症対策を踏まえ、「新型コロナウイルス感染症拡大防止のためのチェックシート」項目④について、下記のとおり変更します。

ご自身のチェックシートを修正し、研修当日は変更後の内容でチェックをお願いします。

お手数をおかけしますが、ご理解とご協力をお願いします。

新型コロナウイルス感染症拡大防止のためのチェックシート

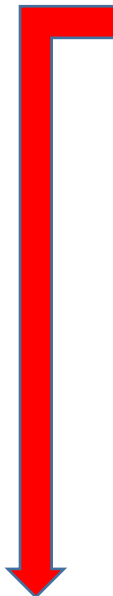
項目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目
受講日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
① 研修当日の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
② 発熱(37.5℃以上)や咳など風邪の症状はない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)はない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 2週間以内に、新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者との接触はない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 同居の家族等に新型コロナウイルス感染の疑われる症状がある方はいない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
確認印												

項目	13日目	14日目	15日目	16日目
受講日	/	/	/	/
① 研修当日の体温	℃	℃	℃	℃
② 発熱(37.5℃以上)や咳など風邪の症状はない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)はない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 2週間以内に、新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者との接触はない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 同居の家族等に新型コロナウイルス感染の疑われる症状がある方はいない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
確認印				

その他連絡事項
 ①～⑤に該当しないが、体調等でお伝えしたいことがありましたら、ご記入ください。
 例：持病等の影響で咳が出やすい。

※チェックシートの活用について
 ・研修受講時の状況をご記入いただき、受付で提示してください。研修最終日に回収させていただきます。
 ・該当がある項目に、チェック☑を入れてください。
 ・1項目でも該当のない場合は、受講をご遠慮ください。

(ご自身の平熱以上)



④ 本日を含む過去8日間以内に新型コロナウイルス感染者との接触はない。