

## 健康確認書 <2022.10.29.用>

必要事項をご記入の上、研修当日受付に提出して下さい。

研修名： 「ELNEC－J 高齢者カリキュラム看護師教育プログラム」

所属： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

緊急連絡先：(携帯番号) \_\_\_\_\_

研修当日の体調：

① 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
全身倦怠感	あり	なし
頭痛	あり	なし
下痢	あり	なし
味覚・臭覚障害	あり	なし
その他 ( )	あり	なし
直近1週間以内に発熱や上記症状の有無	あり	なし
家族・身近な人に上記症状の有無	あり	なし
② 対応策の項目	実施状況	
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**

発熱していない、「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。

\*この「健康確認書」は、クラスター発生後の連絡等に使用し、目的外の利用は致しません。又2週間保管後、破棄致します。