

研修名：
開催日：2020年 月 日

セルフ健康チェックシート

下記の項目について該当するものに○をしてください

「はい」の項目がある場合は、受講を自粛されますことをお勧めします

1	かぜ症状がある	はい ・ いいえ
2	37.5℃以上の発熱がある	はい ・ いいえ
3	強い倦怠感がある	はい ・ いいえ
4	息苦しさがある	はい ・ いいえ
5	味覚・嗅覚の異常がある	はい ・ いいえ
6	消化器症状がある	はい ・ いいえ
7	2週間以内に 海外渡航歴・滞在歴がある	はい ・ いいえ

研修終了後 2週間以内に症状出現や「感染確定者」または、「濃厚接触者」と判定された場合は、東京都看護協会まで必ずご連絡ください

記入時刻	時	分
受講番号		
氏名		
所属施設		

太枠内をすべて記入してお待ちください。研修担当が回収させていただきます。

「セルフ健康チェックシート」の提出により、受付及び出席確認とします。