

健康管理チェック票（表面）

体温	度
----	---

受講日：令和 年 月 日

氏名：_____

住所：_____

電話番号

(連絡が取れる番号)：_____

新型コロナウイルス感染拡大防止対策として、救急講習受講に携わった方々の中から、新型コロナウイルス感染者が発生した場合及び修了証発行時に上記連絡先へご連絡いたします。

また、受講後、2週間以内に、新型コロナウイルス陽性反応が出た場合は、下記へご連絡願います。

印西地区消防組合 警防課 救急救助係 0476-46-9964

健康管理チェック票（裏面）

本日の健康状態を記入してください。

※ 少しでも体調の悪い方は、受講をご遠慮願います。

以下の項目の「あり」・「なし」の当てはまる方を○で囲ってください。

	症 状	回 答
1	発 熱	あり ・ なし
2	せ き	あり ・ なし
3	のどの痛み	あり ・ なし
4	息切れ	あり ・ なし
5	だるさ・倦怠感	あり ・ なし
6	鼻 汁・鼻 閉	あり ・ なし
7	頭 痛	あり ・ なし
8	関 節・筋肉痛	あり ・ なし
9	下 痢	あり ・ なし
10	嘔 気・嘔 吐	あり ・ なし
11	においが分かりにくい	あり ・ なし
12	味が分かりにくい	あり ・ なし

	質 問	回 答
1	新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたこと（濃厚接触者に該当）がありますか？	あり ・ なし
2	2週間以内に海外渡航歴がありますか？	あり ・ なし
3	2週間以内に発熱、風邪様症状がありましたか？	あり ・ なし
4	2週間以内に発熱を伴う体調不良の方との接触がありますか？	あり ・ なし

※ 一つでも「あり」に該当する項目がありましたら、本講習の受講はできません。

感染防止対策の趣旨に同意し講習を受講します。	サイン：
------------------------	------