

令和3年度 群馬県主任介護支援専門員 更新研修
健康状態申告書

ー研修受講に際して、当日の健康チェックのご協力をお願い致しますー

氏名		研修日	令和3年 月 日
受講番号		受講の組	組 ※組が決定後の記入になります
当日の体温	℃	グループ 番号	※グループが決定後の記入になります

以下の項目にお答え下さい。「あり」と答えられた方は理由をご記入ください。

1 発熱（24時間以内に37.5℃以上の熱がありますか）	あり() ・ なし
2 咳症状がありますか	あり() ・ なし
3 全身倦怠感等風邪症状がありますか	あり() ・ なし
4 頭痛がありますか	あり() ・ なし
5 下痢症状がありますか	あり() ・ なし
6 味覚異常がありますか	あり() ・ なし
7 同居家族に体調不良者がいますか	あり() ・ なし

緊急連絡先	電話 ()	ー
※ご自身以外の連絡先		

- 1 収集した個人情報、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または、本人の同意がある場合を除き、他に利用および提供することはいたしません。
- 2 感染症が出た場合における聞き取り調査のご協力をお願いします。
- 3 濃厚接触者となった場合は、14日間を目安に自宅待機をお願いすることがありますので、あらかじめご了承ください。
- 4 研修後14日を目安に検温による発熱の有無の確認をお願いします。
- 5 感染の流行地域への訪問歴が14日以内にある方は、受講をお控えくださいますようお願いいたします。