

## 健康状態管理票

新型コロナウイルス感染症拡大防止対策のため、来館される方全員に健康状態の確認をさせていただきます。ご協力ください。

一つでも「有」に該当する方は、受講を見合わせてください。

氏名	会員（会員番号）			・会員外	
連絡先 住所	電話番号				
来館年月日 令和 年 月 日 時 分					
今朝の体温 °C	平熱比 1度超過		無	有	

### ◆研修会前 2週間の行動についてお伺いします

1.アレルギー以外で以下の①～⑤の症状がありましたか	①	無	有
①発熱 ②強い倦怠感 ③息苦しさ	②	無	有
④風邪様症状（咳・痰・鼻水・咽頭痛）	③	無	有
⑤味覚嗅覚異常	④	無	有
⑥その他の症状 ( )	⑤	無	有
⑥	無	有	
2.海外渡航歴（本人・同居者含む）	無	有	
3.新型コロナウイルス感染症者や濃厚接触者との接触	無	有	
4.同居家族以外との会食（食事会、クラス会、慰労会、カラオケ等を含む）	無	有	
5.同居家族以外の人と、双方マスクなし、手で触れる事のできる距離（目安 1m以内）かつ 15 分以上の声出しを伴う接触	無	有	
6.不特定の人との接触機会（コンサート、演劇、スポーツ等のイベントを含む）	無	有	

\* 「健康状態管理表」は健康確認の目的以外に用いることはありません。必要時保健所等の公的機関へ提供することができますのでご了承ください。回収後 4週間経過で廃棄いたします。

\* 研修会終了後、2週間以内に呼吸困難、倦怠感、発熱およびかぜ症状があり、新型コロナウイルス感染症と診断された場合は、福岡県歯科衛生士会に連絡してください。