

## 健康チェック表

研修当日にご記入下さい。

(1) 14日以内に出現した症状はありますか？

37.5℃を超える発熱      なし ・ あり

かぜ症状（せき・痰等）      なし ・ あり

息苦しさ（呼吸困難）      なし ・ あり

だるさ（倦怠感）      なし ・ あり

味覚・嗅覚の異常      なし ・ あり

(2) 14日以内で以下に該当したことはありますか？

新型コロナウイルス感染者または濃厚接触者との濃厚接触      なし ・ あり

保健所から健康観察を指示された方との濃厚接触      なし ・ あり

ご協力ありがとうございました。

設問の回答に「あり」がございましたら、参加をお控えいただきたく、  
ご理解、ご協力をお願い申し上げます。

記入日      年      月      日

所属先 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

センター記入欄

開催日：

座席番号

- 研修会場： 京都府医師会館 2階会議室  
 京都府医師会館 3階会議室  
 京都府医師会館 階会議室  
 アーバネックス御池ビル東館 2階会議室