

# 自己健康観察票

氏名: \_\_\_\_\_

質問 2週間以内に海外への渡航歴(海外からの帰国も含む)

有・無

- ・起床時、腋下で検温してください。
- ・研修開始日の2週間前より記入してください。
- ・「月日」「体温」には数字を、それ以外は該当する欄にチェックを入れてください。

月	日	体温		症状の有無				同居家族		新型コロナウイルス感染者(疑いを含む)との(濃厚)接触機会	
		○度	いずれもなし	味覚・嗅覚異常	感冒症状	呼吸器症状	消化器症状	発熱・PCR検査受検中		なし	あり
		例:36.5		味やにおいの感じ方が違うなど	頭痛、倦怠感、鼻汁、咽頭痛など	咳、息苦しきなど	嘔気・嘔吐、下痢など	なし	あり		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

- 【注意】**
- ☆37.0度以上の発熱の時は、他の症状が無くてもセンターにご連絡ください。
  - ☆いずれかの項目に当てはまる場合は、来校せずになるべく早めにセンターにご連絡ください。
  - ☆実習終了後2週間は健康観察を行い、発熱等体調に変化があった場合には、歯科衛生士総合研修センターに電話で連絡をしてください。
- 電話:03-5803-4349