**若手リハビリ専門職卒後研修**

**体調自己申告表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 日付 | 　　　月　　　日 |
| 当日の体温 | （　　　　　　　　　　　　）℃※37.5℃以上の場合はご欠席ください |
| 検温時間 | 　　　　　　時　　　　分 |
| 平熱 | （　　　　　　　　　　　　）℃ |

直近１４日以内の健康状態について回答ください

|  |  |
| --- | --- |
| 平熱を超える発熱 | 　□　有　　　　　□　無 |
| 咳、のどの痛み、鼻汁など風邪症状 | 　□　有　　　　　□　無 |
| 倦怠感、呼吸困難感 | 　□　有　　　　　□　無 |
| 味覚、嗅覚の異常 | 　□　有　　　　　□　無 |

|  |  |
| --- | --- |
| ※指導・**受講者**の皆さまへ※　　この用紙は当日記入し、見学施設担当者様へ提出、確認をもらってください。終了後はご自身で破棄をお願いします。 | ※**見学施設担当者**様へ※　　お手数をおかけしますが、内容をご確認いただいたのち、受講者への返却をお願いします。 |