|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | 【令和４年度福祉サービス苦情解決事業研修会（会場受講者）】 |
|  | 　　（所属事業所名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講者名： 　　　　　　　　　　） |
| **新型コロナウイルス感染拡大防止対策質問票** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **受講生（会場参加）のみなさまへ** |  |  |  |  |  |
|  | 新型コロナウイルス感染防止拡大対策を徹底するためのご質問です。 |  |  |
|  | みなさまの健康を守るためにも何卒ご協力をお願いいたします。 |  |  |
| ※体温を記入いただき、質問には（はい　or　いいえ）に〇印をつけてください。　 |
|  |  |  　「はい」のある方は、研修参加をご遠慮いただくこととなります。 |  |
| **１．本日の健康状態** | **体温（　　　　　　℃）** |  |  |  |
|  | **以下の症状に該当しますか？** |  |  |  |  |  |
|  | ① | 37.5℃以上の発熱 | はい | いいえ |  |
|  | ② | 感冒症状（咳（せき）、痰（たん）、鼻水、のどの痛み） | はい | いいえ |  |
|  | ③ | 嗅覚や味覚の異常 | はい | いいえ |  |
|  | ④ | 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ | はい | いいえ |  |
|  | ⑤ | 吐き気・嘔吐や腹痛・下痢 | はい | いいえ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **２．１週間以内に** |  |  |  |  |  |  |
|  | 新型コロナウイルス感染者又は濃厚接触者と一緒にいたことがありますか？ | はい | いいえ |  |
|  |  |  |  |  | 　 | 　 |  |  |  |
| **３．２週間以内に** |  |  |  |  |  |  |
|  | 海外に行きましたか？ | はい | いいえ |  |
|  |  |  |  |  | 　 | 　 |  |  |  |

（注）質問票は会場受付にも準備します。

会場受付で、係員が検温させていただく予定です。