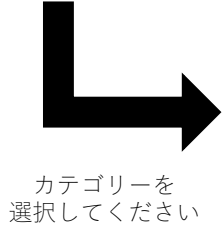


健康状態申告書[7月30日(土)]

新型コロナウイルス感染拡大予防対策として、学会場へご来場される方に健康状態の申告にご協力をお願いしております。下記の項目にお答えいただき、ご提出をお願いいたします。なお、申告書のご提出は会期中1回、受付時に必ずご提出ください。ご提出後に体調の変化があった場合は運営スタッフまでお申し付けください。

■ 参加区分 (該当する区分に○をつけてください) :

学会参加者 ・ 共催・出展企業 ・ 運営スタッフ ・ その他



- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医師 (会員) | <input type="checkbox"/> 医師 (非会員) | <input type="checkbox"/> 企業関係者 |
| <input type="checkbox"/> メディカルスタッフ (会員) | <input type="checkbox"/> メディカルスタッフ (非会員) | |
| <input type="checkbox"/> 初期研修医 | <input type="checkbox"/> 学生 (大学院生除く) | |

■ 来場時の状況をご回答ください。該当に「○」をつけてください。

- ① 37.5 度以上の発熱がある はい ・ いいえ
- ② 咳、咽頭痛、強いだるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がある はい ・ いいえ
- ③ 聴覚異常や味覚異常がある はい ・ いいえ
- ④ 同居家族に上記①②③の症状がある はい ・ いいえ
- ⑤ 新型コロナウイルス感染症陽性者と濃厚接触がある はい ・ いいえ
- ⑥ 過去 14 日以内、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域への渡航、または当該国・地域の在住者と濃厚接触がある はい ・ いいえ
- ⑦ 新型コロナウイルスのワクチン接種について 接種した(1 回 ・ 2 回 ・ 3 回) ・ 接種していない

⑧ 連絡先

E-mail : _____ @ _____

電話番号 : _____ 居住地都道府県 : _____

ご所属先 : _____ 氏名 : _____

- ※ 本健康状態申告書は日本集中治療医学会第6回中国・四国支部学術集会の現地開催にあたり、新型コロナウイルス感染拡大予防対策として参加者の健康状態を確認することを目的としています。ご記入いただいた個人情報は、参加者の健康状態の把握、来場参加可否の判断および必要な連絡のために使用いたします。
- ※ 法令において認められた場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。感染が疑われる参加者・運営関係者が報告された場合には、保健所等の公的機関の要請により、個人情報を含む必要な情報を提供する場合がございます。予めご了承ください。