

健康状態申告書

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、各日ご提出をお願いいたします。

■本日の日付 11 月 5 日(金) ・ 11 月 6 日(土) ・ 11 月 7 日(日)

■参加区分 (該当する区分をご選択ください)

学会参加者 ・ 共催・出展企業 ・ 運営スタッフ ・ その他

カテゴリーを
ご選択ください

(医師 ・ 企業 ・ 薬剤師 ・ 助産師 ・ 看護師
・ メディカルスタッフ ・ 初期研修医 ・ 学部学生)

■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。

①37.5 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

1 回目を接種した ・ 2回目を接種した ・ 接種していない

⑧連絡先電話番号

(—)

ご所属先

氏名

※ 本健康状態申告書は第 36 回日本女性医学学会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。

※ 提出と引き換えに検温済シールをお渡しいたしますので、ネームホルダーにお貼りください。

※ 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。