

健康状態申告書

現地来場の際には、この申告書を毎日ご提出いただきますようご協力をお願いいたします。
事前にご記入の上、参加証明書と共に受付にお持ちください。引き換えに検温済シールをお渡しいたします。

※ 該当するものに✓を入れてください。

1. 過去 14 日間の行動について

はい いいえ

- 新型コロナウイルス感染症患者との濃厚接触者と判断された
- 自分、あるいは同居家族に発熱・咳・咽頭痛・だるさ・呼吸困難の症状があった
- 入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国や地域へ渡航した

2. 大会参加時の体調について

はい いいえ

- 37.5 度以上の発熱がある
- 咳・咽頭痛・だるさ・呼吸困難がある
- 嗅覚や味覚に異常がある

3. 新型コロナウイルスワクチン接種について

- 3 回目接種済み 2 回目接種済み 1 回目接種済み 接種していない

本日の日付 (○をつけてください) : 2 日(金) ・ 3 日(土)

氏 名: _____ 所 属: _____

連絡先電話番号: _____ - _____ - _____

※大会参加時に上記項目に一つでも「はい」が該当する場合、会期中に上記の症状が新たに発生した場合は、直ちに主催者に申し出てください。申し出以降の大会への参加については主催者の指示に従ってください。

※本健康状態申告書は、第 29 回日本脊椎・脊髄神経手術手技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。

※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。