

健康状態申告書

月日		講師名	
----	--	-----	--

①氏名		②性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	③年齢	
④ご住所	〒 E-MAIL				
⑤体温	°C	⑥風邪症状	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし		
⑦14日以内に発熱・感冒症状があった		<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし			
⑧感染が拡大している国や地域(国外)への14日以内の訪問歴		<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし			
⑨14日以内に新型コロナ感染者との接触または感染の疑い (「あり」のかたのみ)→PCR検査の結果		<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性または未確定(未受診)			
⑩該当するものがあれば、 <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください。 <input type="checkbox"/> 高血圧、 <input type="checkbox"/> 糖尿病、 <input type="checkbox"/> 心臓疾患(<input type="checkbox"/> 心不全・ <input type="checkbox"/> 狭心症・ <input type="checkbox"/> 心筋梗塞・ <input type="checkbox"/> 不整脈・ <input type="checkbox"/> その他)、 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(<input type="checkbox"/> 肺気腫・ <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎・ <input type="checkbox"/> 喘息・ <input type="checkbox"/> その他)、 <input type="checkbox"/> 透析を受けている、 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤や抗がん剤を用いている、 <input type="checkbox"/> 妊娠している(女性のみ)、 アレルギーの有無(<input type="checkbox"/> あり _____・ <input type="checkbox"/> なし)、喫煙歴(<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし)、 <input type="checkbox"/> その他(_____)					
⑪緊急連絡先	電話 (_____) _____ ※緊急連絡先とは、参加当日に万一事故等が発生した場合の家族等への連絡先。				

- 上記⑤体温が37.5°C以上または平熱より明らかに高いと思われる場合には行事への参加をご遠慮ください。
- 上記⑥～⑨に該当する場合、参加をご遠慮いただく場合があります。
- 上記⑩基礎疾患のある方で、かかりつけの医院がある場合には、医師にご相談の上、ご出席の検討をいただく等の対応をお願いいたします。
- 収集した個人情報、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人の同意を得ることが困難な場合を除き、他に利用及び提供することはいたしません。
- 参加者に感染者が出た場合における保健所の聞き取り調査への協力をお願いいたします。
- 濃厚接触者となった場合は、14日間を目安に自宅待機をお願いすることがありますので予めご了承ください。

～ 講習会・行修会の参加時に ご記入の上 必ずご持参ください ～