

子どものこころ診療部セミナーの感染症対策およびご来場の皆様へのお願い

会場参加の方は以下の感染対策にご協力お願いいたします。

1. 発熱、咳嗽、くしゃみ、鼻水、呼吸困難、倦怠感、嗅覚・味覚異常などの体調不良がある方の参加はご遠慮ください。
2. 会場では人との身体的距離をできるだけ保つようお願いします。
3. 不織布マスクを着用ください。
4. 会場への入場前後にアルコール消毒液で手指消毒を行ってください。
5. 受付にて健康状態確認票のご記入をお願いします。
健康状態確認票は下部にありますので、事前に記入して切り取って提出いただいても構いません。複数名いらっしゃる場合はコピーして使用してください。
6. 会場では定期的に扉や窓を開ける換気を行います。

※記入いただいた個人情報は、参加者の健康状態の把握、現地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る場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。ただし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。

-----キリトリ-----

健康状態確認票

該当する箇所に☑してください。①～④に該当する方は、受付にて必ずお申し出ください。

<input type="checkbox"/> ①過去 10 日以内に、新型コロナウイルス感染症に罹患した →（該当箇所に☑してください） <input type="checkbox"/> 症状あり（発症日： 月 日） <input type="checkbox"/> 無症状（検体採取日： 月 日）
<input type="checkbox"/> ②過去 7 日以内に、新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者とされた →（罹患者とあなたとの関係： _____ 最後の濃厚接触日： 月 日）
<input type="checkbox"/> ③過去 7 日以内に、以下の症状がある <input type="checkbox"/> 37.5℃以上の発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> においがわかりにくい <input type="checkbox"/> 味がわかりにくい
<input type="checkbox"/> ④職場または同居家族に風邪症状のある方がいる
<input type="checkbox"/> 上記いずれにも該当しない

氏名： _____ ご所属： _____

本日の体温： _____ ℃ 緊急連絡先（電話番号）： _____