　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第8回成人発達障害支援学会

提出先：

A会場受付

　　　　　　　　　　　　新型コロナウイルス感染症に関する健康状態申告書

第8回　成人発達障害支援学会に実参加するにあたり、本日の健康状態について下記の通り申告いたします。

1. ワクチン接種状況について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項目内容 | 回答欄（どちらかに〇） |
| 1-1 | 新型コロナウイルスのワクチン接種（1回目）について | している　・　していない |
| 1-2 | 新型コロナウイルスのワクチン接種（2回目）について | している　・　していない |

1. ご来場時の健康状態について

「はい」が一つでもある場合、会場へのご入場をお断りする場合がございますので予めご了承ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項目内容 | 回答欄（どちらかに〇） |
| 2-1 | 37.5度以上（又は、普段よりも＋1度以上の発熱がある） | はい　・　いいえ |
| 2-2 | 咳・咽頭痛・息苦しさ等の症状がある | はい　・　いいえ |
| 2-3 | 疲労倦怠感や味覚・嗅覚異常など体調がすぐれない | はい　・　いいえ |

1. 過去14日以内の状況・行動について

「はい」が一つでもある場合、会場へのご入場をお断りする場合がございますので予めご了承ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項目内容 | 回答欄（どちらかに〇） |
| 3-1 | 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・地域等への渡航並びに当該国・地域の在住者と濃厚接触歴がある | はい　・　いいえ |
| 3-2 | 過去14日以内に発熱や感冒症状で受診や服薬等をした人および過去14日以内に同様の症状にある人との接触歴がある | はい　・　いいえ |
| 3-3 | その他、感染の疑いがある | はい　・　いいえ |

1. 留意事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項目内容 | 回答欄（該当にチェック） |
| 4-1 | 申告内容に相違がないことを確認しました | * 同意します |
| 4-2 | 会期中、上の2-1、2-2、2-3いずれかの症状が新たに発生した場合には、直ちに運営事務局に申し出て、帰宅いたします | * 同意します |
| 4-3 | 今後、今学会において感染が発見された場合、クラスターを特定する目的のため、関係行政機関との間においてのみ、個人情報が共有されることについて同意します | * 同意します |

1. 申告書について（該当項目に〇または記入をお願いいたします）

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日（提出日） | 11月6日（土）　　・　　11月7日（日） |
| 申告者区分 | 会員　・　非会員　・　学生　・　当事者　・　当事者の家族　・　その他 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申  告  者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |

※　本申告書は今学会の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。記入いただいた個人情報は厳重に管理し、2週間の保存期間の後破棄します。