

# 健康状態申告書

ご提出先： なら 100 年会館 1階 エントランスホール  
奈良県コンベンションセンター 1階 ロビー  
第 59 回全国自治体病院学会に参加するにあたり、下記を申告します。

## 1. 新型コロナウイルスワクチンの接種状況

新型コロナウイルスのワクチンを 2 回接種している。	はい ・ いいえ
----------------------------	----------

## 2. 健康状態の申告内容

ご来場時の状況について、該当する項目に○をお付けください。「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。

### 1) 本日の健康状態について

1-① 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
1-② 咳、鼻水、咽頭痛、息苦しさや倦怠感の症状がある。	はい ・ いいえ
1-③ 「におい」や「あじ」を感じにくい（嗅覚・味覚障害がある）。	はい ・ いいえ

### 2) 過去 14 日以内の状況・行動について

2 -① 新型コロナウイルス感染陽性者と接触したことがあった。	はい ・ いいえ
2 -② 上記 1-①、1-②、1-③ の症状があった。 又は、同居している家族等に同様の症状があった。	はい ・ いいえ
2 -③ 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 への渡航歴または当該国・地域の在住者と濃厚接触があった。	はい ・ いいえ

## 3. 留意事項

留意事項ご確認いただき、同意する場合には（ ）にチェックを記載してください。  
チェックがない場合、会場への入場をお断りいたします。

① 申告内容に相違がないことを確認しました。会期中、上記【申告 1-①～③】の症状が新たに発生した場合には、直ちに学会事務局に申し出て、会場内の救護室にて詳しい問診を受けます。	( ) 同意します
② 今後、本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、個人情報共有されることについて同意します。	( ) 同意します

## 4. 申告者情報

記入日(申告書提出日) ※該当項目に○をお付けください。	11/4 (木) ・ 11/5 (金)
申告者区分 ※該当項目に○をお付けください。	一般参加 ・ 展示企業 ・ 共催企業 ・ その他
申告者	所 属：
	氏 名：
	連絡先電話番号：

※本健康状態申告書は第 59 回全国自治体病院学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。