

感染症関連チェックシート

日本スポーツ歯科医学会第 32 回総会・学術大会に参加するにあたって下記を申告します。

(下記 YES・NO の□にチェック (✓) をご記入ください。)

申告 1 : 過去 14 日以内の行動について

- | YES | NO | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス感染者と濃厚接触したことがある (もしくは「あった」)。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自分あるいは家族に咳や発熱、倦怠感、他の呼吸器症状がある (もしくは「あった」)。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 海外に渡航した。 |

申告 2 : 学術大会参加時の健康状態について

- | YES | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37.5 度以上の発熱あるいは平熱より 1 度以上の発熱がある (もしくは「あった」)。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 咳や倦怠感、他の呼吸器症状がある (もしくは「あった」)。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 臭覚異常や味覚障害がある (もしくは「あった」)。 |

学術大会参加時に上記項目のいずれか一つでも「Yes」に該当する場合や、会期中に上記申告 2 の症状が新たに発生した場合には、直ちに事務局に申し出て、以降の学術大会への参加については事務局の指示に従います。

記入日	<input type="checkbox"/> 2021 年 9 月 21 日 ・ <input type="checkbox"/> 9 月 22 日
申告者氏名	
ご所属	
ご連絡先電話番号	

※ なお、必要に応じて、情報を保健所等の公的機関へ提供する場合がございます。