健 康 状 態 申 告 書

第 14 回日本 CAOS 研究会・第 26 回日本最小侵襲整形外科学会に現地参加するに当って、下記太枠内にご記入ください。

提 出 日	2020　年　9 月　　日
所　　属	
氏　　名	
居住地・滞在地	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県
連絡先電話番号	

1. 当日（2020 年 9 月　　日）の体調

No.	質　問　事　項	回答欄	
①	現在の体温	℃	
②	呼吸器症状、強いだるさ、味覚・嗅覚障害など新型コロナウイルス感染症（COVID－19）を疑う症状がある。	はい	いいえ
③	咳・痰・咽頭痛、嘔気・嘔吐、下痢、発疹などの症状がある。 **その他症状：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**	はい	いいえ

2. 2 週間前（2020 年 9 月 7 日以降）の生活の状況

No.	質　問　事　項	回答欄	
④	いわゆる 3 密のハイリスクな場所（接待を伴う飲食店、カラオケ、ライブハウス、スポーツジムなど、クラスター発生の報告のある施設）を訪れたことがある。	はい	いいえ
⑤	家族以外の複数人、集団で会食したことがある。	はい	いいえ
⑥	海外へ渡航した。 **時期：　　月　　日　～　　月　　日** **渡航先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**	はい	いいえ
⑦	同居家族や身近な知人に COVID－19 と確定診断された人がいる。 **時期：　　月　　日、どなたが？**	はい	いいえ

3. COVID－19 の診察等に従事した方のみお答えください。

No.	質　問　事　項	回答欄	
⑧	個人防護用具（PPE）を適切に着用して診療に従事した。	はい	いいえ
⑨	中・高リスクの曝露があり、現在、就業制限の対象となっている。 ※日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第 3 版」（2020 年 5 月 7 日）の「医療従事者の濃厚接触者と曝露リスクの判断」参照	はい	いいえ

※何らかの感染リスクがある場合には、個別に相談・対応させていただきます。