中村天風財団
TEMPU SOCIETY / SINCE 1919

健康状態申告書

①氏名		②性別	□男 □女	③年齢	
④住所	〒 電話　（　　）　　－ E-mail				
⑤体温	.　　℃	⑥風邪症状	□あり ・ □なし		
⑦14 日以内に発熱・感冒症状があった			□あり ・ □なし		
⑧感染が拡大している国や地域(国外)への 14 日以内の訪問歴			□あり ・ □なし		
⑨14 日以内に新型コロナ感染者との接触または感染の疑い			□あり ・ □なし		
（「あり」のかたのみ）→PCR検査の結果			□陰性 □陽性または未確定（未受診）		
⑩該当するものがあれば、☑をいれてください。 □高血圧、□糖尿病、 □心臓疾患（□心不全・□狭心症・□心筋梗塞・□不整脈・□その他　　）、 □呼吸器疾患（□肺気腫・□慢性気管支炎・□喘息・□その他　　）、 □透析を受けている、□免疫抑制剤や抗がん剤を用いている、□妊娠している（女性のみ）、 アレルギーの有無（□あり ＿＿＿・□なし）、喫煙歴(□あり・□なし)、 □その他(　　)					
⑪緊急連絡先	電話　（　　）　　－ ※参加当日に万一事故等が発生した場合の家族等への連絡先をご記入ください。				

1.上記⑤体温が37．5℃以上または平熱より明らかに高いと思われる場合には行事への参加をご遠慮ください。
2.上記⑥～⑨に該当する場合、参加をご遠慮いただく場合があります。
3.上記⑩基礎疾患のある方で、かかりつけの医院がある場合には、医師にご相談の上、ご出席の検討をいただく等の対応をお願いいたします。
4.収集した個人情報は、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人の同意を得ることが困難な場合を除き、他に利用及び提供することはいたしません。
5.参加者に感染者が出た場合における保健所の聞き取り調査への協力をお願いいたします。
6.濃厚接触者となった場合は、14日間を目安に自宅待機をお願いすることがありますので予めご了承ください。

2021/3/1