**体調チェックシート**

**（日本輸血・細胞治療学会 九州支部会 第68回総会・第89回例会　参加登録者用）**

所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

※開催日当日の状況をご回答ください。該当に「○」をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| ①37.5度以上の発熱がある | はい　　・　　いいえ |
| ②咳、咽頭痛、倦怠感、息苦しさ(呼吸困難)がある | はい　　・　　いいえ |
| ③嗅覚異常や味覚異常がある | はい　　・　　いいえ |
| ④同居家族に上記①②③の症状がある | はい　　・　　いいえ |
| ⑤新型コロナウイルス症状陽性者と濃厚接触がある | はい　　・　　いいえ |
| ⑥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・地域への渡航または当該国・地域の在住者と濃厚接触がある(過去14日以内) | はい　　・　　いいえ |
| ⑦連絡先電話番号 | 携帯　・　自宅　・　勤務先 |
| ⑧宿泊確認  （コンベンションへの提出のためご協力お願いいたします。） | 宿　　　泊　　　　　 あり　・　なし  宿泊日程　　12/10(金)　・　11(土) |
| ⑨「宿泊あり」の方は宿泊のホテルをご記入くださいますようお願いいたします。  JR九州ホテルブラッサム大分　・ホテル日航大分　・　大分リーガルホテル　・  ホテルルートイン大分駅前　・　ダイワロイネットホテル大分　・レンブラントホテル大分・  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

ご協力ありがとうございました

※記入内容は本大会のみにおいて活用いたします（書類は1か月保管した後、破棄いたします）。

※情報提供の依頼があった場合、行政機関などへ提出することを予めご了承ください。