

健康調査票

OCANS 申込者 ID

参加日時	<input type="checkbox"/> 7/16 (土) <input type="checkbox"/> 7/17 (日) <input type="checkbox"/> 8/20 (土) <input type="checkbox"/> 8/21 (日)
申込者氏名	
同伴者氏名	

過去 7 日間における確認事項

をお願いします。

申込者	同伴者	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発熱がない (37.5°C以上)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	咳等の症状がない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	息苦しさがない (呼吸困難ではない)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	味覚・嗅覚の異常がない (嗅覚障害がない)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	咽頭痛がない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	下痢症状がない (持病や食あたりなど新型コロナウイルス感染症以外の原因が推測されるものを除く)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以下の方と濃厚接触がない (お互いマスク着用等なしに 1 m 程度以内で 15 分以上接触) ・新型コロナウイルス感染症陽性と確認された方 ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方 ・政府から入国制限、入国後の待機期間を必要とされている国・地域等の在住の方

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症の調査のため、保健所等の公的機関から要請があった場合には、健康調査票を当該機関へ提供することに同意します。
--------------------------	--------------------------	---

※本票により収集した個人情報については、事務の目的を達成する上で必要なものであり、個人情報保護条例に基づき適正に管理するとともに目的以外の利用・保有はいたしません。