

研究会参加者健康チェック票

研究会名：日本泌尿器科学会甲信越合同学術大会

日 時：2023年6月10日（土） 14時～

所 属：

氏 名：

自宅電話番号：

※開催日より過去3日間、発熱などの症状はありましたか？ → あり ・ なし

ありの場合、下記にご記入ください。

なしの場合、○の記入のみで構いません。

	チェック日	体温 (°C)	症 状※								
		朝	咳	のどの 痛み	鼻水・ 鼻詰り	頭痛	下痢・ 腹痛	強い だるさ	息苦しさ	その他	左記 すべて無
1日目	6月8日										
2日目	6月9日										
3日目	6月10日										

自ら行った対処 { }

(例) ○月○日医療機関を受診した, ○月○日に保健所に連絡した, ○月○日市販薬を内服した, などを記入

※ 症状の各項目に, ある場合は○, すべて該当しない場合には「左記すべて無」に○を付けてください。