

第33回日本老年医学会中国地方会 トリアージシート

以下空欄に必要事項をご記入の上、検温係で検温し総合受付係員にご提出ください。体調不良の方は、ご欠席願います。

このトリアージシートは事前にプリントアウトし、体温以外の欄にご記入をお願い致します。本シートは、クラスター発生がないことを確認した後、速やかに破棄いたします。

日付

11/6

体温

°C

※当日は会場受付で検温を実施致しますので、
この欄は未記入をお願い致します。

* 感染拡大地域（海外/緊急事態宣言・まん延防止等重点措置の発令されている地域）への2週間以内の滞在について 有（場所： ） ・無

新型コロナウイルスワクチン接種状況

第一回接種済

第二回接種済

未接種

氏名/お勤め先

※ 万が一会場でクラスターが発生した場合に使用させていただきます。

（氏名）

（お勤め先）

お電話番号/メールアドレス

※ 万が一会場でクラスターが発生した場合に使用させていただきます。

（TEL）

すぐにご連絡がつく番号（携帯電話など）をお願いします。

（メールアドレス）

区分

※ いずれかに✓を記入してください。地方会参加者の方は（ ）内の該当する区分に○で囲んでください。

地方会参加者（会員，非会員，学生・大学院生）

共催・協賛企業者

主催・運営スタッフ

その他：

広島県への宿泊

※いずれかに✓を記入してください。宿泊有の方は該当する日時を○で囲み、宿泊場所を記入してください。

有（日時：11月5日，11月6日

場所：

）

無