

Health Check Sheet for 2019-Novel Corona Virus Infection

2019新型コロナウイルスのための健康調査票 Ver.2

この調査票で、健康状態を確認します。情報を他の目的に使用することはありません。
率直に記入し、メール送信してください。

★学生は国際交流チームへ ryugaku@***** ★職員は人事労務チームへ anzen@*****

This card confirms your health condition. We do not use the information for other purposes.

Please fill out this paper honestly. Students should email the International Relations Office(ryugaku@*****)
and staff should email the JINJIROUMU Office(anzen@*****).

学籍番号または職員番号: Student ID or Staff ID:	名前 Name:	性別 Sex:	生年月日:Birth (YYYY/MM/DD) / /
---	----------	---------	--------------------------------

現在の滞在場所 Current stay place:	<input type="checkbox"/> アパート Apartment	<input type="checkbox"/> 学生寮 Dormitory	所在地 Location:
	<input type="checkbox"/> 実家 Family home	<input type="checkbox"/> ホテル他 Hotel and others	

連絡先電話番号 Emergency contact phone number:
--

最近2週間の訪問先(国外、三重県外) Places you visited within the last two weeks:(abroad / outside Mie prefecture):
滞在期間 Duration of the stay (from YYYY/MM/DD to YYYY/MM/DD): from / / to / /

次の症状がありますか？ もしあれば症状が出現した日を教えてください。

Do you have the following symptoms? If YES, please tell the date of onset.

(1) 37.5℃以上の発熱 Fever more than 37.5℃	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	症状が出た日 Date of the symptom (YYYY/MM/DD): / /
(2) 呼吸器症状(呼吸困難、咳、痰、鼻水等) Respiratory symptom (dyspnea, cough, sputa, sneeze etc.)	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	症状が出た日 Date of the symptom (YYYY/MM/DD): / /

(1) 及び (2) に「はい」と答えた場合は、次の質問に教えてください。

If you answered YES in both (1) and (2), please answer the following questions.

(3) 医療機関を受診しましたか？ Did you visit a hospital?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	受診日 Date of the visit: (YYYY/MM/DD): / /
--	------------------------------	-----------------------------	--

2週間以内に WITHIN TWO WEEKS;

(4) 新型コロナウイルス感染者、または感染疑い者と濃厚接触しましたか？ Did you closely contact novel coronavirus-infected or suspected people?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
(5) 発熱や呼吸器症状のある人と濃厚接触しましたか？ Did you closely contact people with fever or respiratory symptoms?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
(6) いわゆる三密状態はありましたか？「密閉空間」「密集場所」「密接場面」 Were you in crowded and poorly ventilated places?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
(7) 三重大の関係者(学生、職員等)と濃厚接触しましたか？ Did you closely contact Mie University related people (students or staff) ?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO