

# 問診票

新型コロナウイルスの感染防止策として、  
ご来場の皆様にご記入をお願いしております。  
ご理解ご協力の程、何卒、よろしくお願いいたします。

記入日	年 月 日
(ふりがな)	
氏名	
電話番号 (携帯番号)	
検温結果	

◆過去14日以内についてお聞きします。

1	体調に異常はありますか？ 「はい」とお答えの方、該当する者にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	持病（ぜんそく、生理痛、偏頭痛、腰痛、怪我、精神疾患、手術後）以外の理由で 解熱剤、風邪薬、痛み止めを使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	新型コロナ感染者、もしくはその疑いがある方と接触した可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	海外への渡航歴がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	人が多く集まる施設あるいはイベントに参加しましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※虚偽の申告等が発覚した場合は損害賠償請求の対象となる場合がありますのでご注意ください。

※ご記入いただいた個人情報は、感染症の発生を予防し、及びその蔓延の防止を図り、公衆衛生の向上及び増進を図ることを目的として取得し、当会場の管理のもと、保健所その他の関連機関に提供する場合があります、お客様に保健所その他の関連機関から連絡があることがあります。

上記偽りのない事を保証し、弊社が本質問票記載の情報を保有することに同意します。

署名 \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました。