

質問票

記入日	年 月 日
フリガナ	
氏名	
住所	
電話番号（携帯番号）	

①	体調に異常はありますか？ 「はい」とお答えいただいた方は該当するものに印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 味覚傷害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> その他 (複数回答可)	<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、歯痛等）、アレルギー、怪我、精神疾患 手術後以外の理由で解熱剤、かぜ薬、痛み止めを服用していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

〈過去14日以内についてお伺いします〉

③	新型コロナウイルス感染症の陽性と判明した方との濃厚接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④	政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域・等への渡航 及び当該国・地域の在住者との濃厚接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤	保健所、検疫所、政府機関、医療機関から新型コロナウイルス感染症に罹患して いる可能性がある、または自宅待機要請の連絡がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※来場者様情報を控えさせていただきます。新型コロナウイルス感染者が発生した場合など、保健所等の公的機関から要請があった際はお客様の個人情報を公的機関や会場側へ提供させていただきます。