

新型コロナウイルス感染防止のための問診票

※お願い 事前にご記入のうえイベント当日お持ちください。

お名前		<input type="checkbox"/> ドライバー	<input type="checkbox"/> サービス	当日の	
連絡先(電話番号)		<input type="checkbox"/> コ・ドラ	<input type="checkbox"/> スタッフ	体温	℃

該当する項目にチェック☑し、必要事項に記載して下さい。

<input type="checkbox"/>	1.過去14日以内に、3密(密閉・密集・密接)または疑わしい場所を訪れた。 訪問日 2022年 月 日 場所()	左記の項目 に該当なし <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2.過去14日以内にコロナウイルス陽性者になった人と接触した。 接触日 2022年 月 日 場所() ・接触者との関係: <input type="radio"/> 家族 <input type="radio"/> 職場 <input type="radio"/> 知人 <input type="radio"/> その他()	
<input type="checkbox"/>	3.過去14日以内に、保健所からコロナウイルス濃厚接触者と指定された。	
<input type="checkbox"/>	4.同居人または職場に自宅隔離を要請されている人がいる。	
<input type="checkbox"/>	5.過去14日以内に、海外渡航歴がある。 ・国名() 帰国日:2022年 月 日	
<input type="checkbox"/>	6.同居人または職場に過去14日以内に、海外渡航歴がある人がいる。 ・国名() 帰国日:2022年 月 日	
<input type="checkbox"/>	7.同居人または職場などに過去14日以内に海外渡航歴がある人と接触した。 ・接触した場所() 状況()	
<input type="checkbox"/>	8.過去14日以内に夜の接待を伴う店に行きましたか。 また、感染者が報告された場所に行きましたか。	
<input type="checkbox"/>	9.過去14日から本日までの、ご自身の症状が該当する項目に☑して下さい。 <input type="checkbox"/> 発熱(37.5℃以上) <input type="checkbox"/> 味がわからない <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 匂いが分かりにくい <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み 上記の症状が発生した日:2022年 月 日	左記の項目 に該当なし <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10.過去14日から本日までの、同居または職場の人が該当する場合はに☑して下さい。 <input type="checkbox"/> 発熱(37.5℃以上) <input type="checkbox"/> 味がわからない <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 匂いが分かりにくい <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み 上記の症状が発生した日:2022年 月 日	左記の項目 に該当なし <input type="checkbox"/>
11.ワクチン接種日を記入してください。		
	ワクチンの接種日	
1回目	年	月 日
2回目	年	月 日
3回目	年	月 日

※ ご協力ありがとうございました。