新型コロナウィ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	該当するチェック欄にチェック Driver		/ledia _体	当日検温時記入
連絡先(電話番号)	CoDriver C)Staff	見戦者 「一	°C
該当する項目にチェック▼し、必要事項を記載してください。				
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()	
2. 過去 14 日以内にコロ	ナウィ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:	家族 () 職場 () 知人 () その他()	
3. 過去 14 日以内に、保健所からコロナウィルス濃厚接触者と指定された。				
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。				
5. 過去 14 日以内に、海	外渡航歴がある。		←	一左記項目に
<u></u> ・国名() 帰国日:2	2022年 月	日	該当なし
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:2	2022年 月	日	
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 ()	
8. 過去 14 日以内に夜の	妾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。				
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 <mark>▼</mark> してください。				
発熱 (37.5℃以」	こ) 味がわからない	□ 息苦しい	4	←左記項目に
□ 咳	◯ においが分かりにくい	□ 下痢症状		※ 江記墳日に 該当なし
量水	だるい	頭痛		
□ のどの痛み				Ш
上記の症状が発生した日:2022年 月 日				
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項目に፟ してください。				
発熱 (37.5℃以」	こ) 味がわからない	□ 息苦しい	*	←左記項目に
□ 咳	◯ においが分かりにくい	□ 下痢症状		該当なし
□ 鼻水	だるい	頭痛		
□ のどの痛み				_
上記の症	状が発生した日:2022年 月	日		
11. ワクチン接種日を記入してください。				
	ワクチン			
1回目	年			В
2回目	年			
3回目				
	年	月_		B