

# 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			体温	当日検温時記入
連絡先(電話番号)		<input type="radio"/> Driver <input type="radio"/> CoDriver	<input type="radio"/> Service <input type="radio"/> Staff			°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 2021 年 月 日 場所( )	←左記項目に 該当なし <input type="checkbox"/>												
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 2021 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( )													
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。 ・国名( ) 帰国日: 2021 年 月 日													
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: 2021 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。													
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 <checkmark>してください。  <table style="width: 100%;"><tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 発熱(37.5°C 以上)</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 味がわからない</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 息苦しい</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 咳</td> <td><input type="checkbox"/> においが分かりにくい</td> <td><input type="checkbox"/> 下痢症状</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鼻水</td> <td><input type="checkbox"/> だるい</td> <td><input type="checkbox"/> 頭痛</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> のどの痛み</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </checkmark>	<input type="checkbox"/> 発熱(37.5°C 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"/> においが分かりにくい	<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			←左記項目に 該当なし <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 発熱(37.5°C 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"/> においが分かりにくい	<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: 2021 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 <checkmark>してください。  <table style="width: 100%;"><tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 発熱(37.5°C 以上)</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 味がわからない</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 息苦しい</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 咳</td> <td><input type="checkbox"/> においが分かりにくい</td> <td><input type="checkbox"/> 下痢症状</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鼻水</td> <td><input type="checkbox"/> だるい</td> <td><input type="checkbox"/> 頭痛</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> のどの痛み</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </checkmark>	<input type="checkbox"/> 発熱(37.5°C 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"/> においが分かりにくい	<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			
<input type="checkbox"/> 発熱(37.5°C 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"/> においが分かりにくい	<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: 2021 年 月 日													
11. 過去 14 日の体温を記入してください。													

	検温日	体温	備考		検温日	体温	備考
イベント 14 日前	月 日	°C		イベント 7 日前	月 日	°C	
イベント 13 日前	月 日	°C		イベント 6 日前	月 日	°C	
イベント 12 日前	月 日	°C		イベント 5 日前	月 日	°C	
イベント 11 日前	月 日	°C		イベント 4 日前	月 日	°C	
イベント 10 日前	月 日	°C		イベント 3 日前	月 日	°C	
イベント 9 日前	月 日	°C		イベント 2 日前	月 日	°C	
イベント 8 日前	月 日	°C		イベント前日	月 日	°C	

※ご協力ありがとうございました。