

# 新型コロナウイルス感染症に関する問診票

提出日 年 月 日

健康状態を確認する為、大会期間中に必要事項を記入の上、参加受理書に記載されている指定された検温場所へ必ず提出して下さい。

\*この用紙は、コピーしてお使い頂くようご協力をお願い致します。

大会名 \_\_\_\_\_

参加クラス \_\_\_\_\_

チーム名 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 )

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) - 携帯番号 ( ) -

ゼッケン

新型コロナウイルス感染症の方と一緒にいたことがありますか？      いいえ      はい      いつ頃 ( )

2週間以内に海外にいましたか      いいえ      はい      いつ頃 ( )

2週間前から本日までに下記の症状はありましたか

①発熱 (37.5℃以上)      いいえ      はい      いつ頃 ( )

②寒気      いいえ      はい      いつ頃 ( )

③のどの痛み      いいえ      はい      いつ頃 ( )

④鼻水      いいえ      はい      いつ頃 ( )

⑤咳 (せき)      いいえ      はい      いつ頃 ( )

⑥痰 (たん)      いいえ      はい      いつ頃 ( )

⑦息苦しさ      いいえ      はい      いつ頃 ( )

⑧強いだるさ (倦怠感)      いいえ      はい      いつ頃 ( )

⑨臭いがわかりにくい      いいえ      はい      いつ頃 ( )

⑩味がわかりにくい      いいえ      はい      いつ頃 ( )

⑪吐き気・嘔吐      いいえ      はい      いつ頃 ( )

⑫下痢      いいえ      はい      いつ頃 ( )

⑬その他持病や疾患、体質、アレルギー等がある場合は下記にご記入下さい。(任意)  
( )

当日の体温 (スタッフが検温しますのでご記入ください)

判定 可 否

\_\_\_\_\_℃

\* 体温が37.5℃以上の方は、入場をお断りする場合があります。

\* 問診票は、イベント終了後1ヶ月保管した上で、責任をもって処分します。

