

## 新型コロナウイルス感染防止のための問診票

※お願い 事前にご記入の当日受付までお持ちください。

|         |  |       |        |            |
|---------|--|-------|--------|------------|
| お名前     |  | ドライバー | コドライバー | 体温         |
| 連絡先電話番号 |  | スタッフ  | メディア   | 当日検温時<br>℃ |

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。<br>訪問日 2023年 月 日 場所（ ）   | ←左記項目に該当無 |
| 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。<br>接触日 2023年 月 日 場所（ ）<br>・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イ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。<br>国名（ ） 帰国日：2023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。<br>国名（ ） 帰国日：2023年 月 日   | ←左記項目に該当無 |
| 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。<br>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。<br>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 <input checked="" type="checkbox"/> してください。<br>発熱（37.5℃以上） 味がわからない 息苦しい咳<br>咳 においが分かりにくい 下痢症状<br>鼻水 だるい 頭痛<br>のどの痛み<br>上記の症状が発生した日：2023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 <input checked="" type="checkbox"/> してください。<br>発熱（37.5℃以上） 味がわからない 息苦しい咳<br>咳 においが分かりにくい 下痢症状<br>鼻水 だるい 頭痛<br>のどの痛み<br>上記の症状が発生した日：2023年 月 日 |           |

| ワクチン接種日 |  |   |     |
|---------|--|---|-----|
| 1回目     |  | 年 | 月 日 |
| 2回目     |  | 年 | 月 日 |
| 3回目     |  | 年 | 月 日 |
| 4回目     |  | 年 | 月 日 |
| 5回目     |  | 年 | 月 日 |

※ご協力ありがとうございました。