

問診票（来場者用）

所属 \_\_\_\_\_ 来場目的 \_\_\_\_\_ 来場手段 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ (例：1990/01/01)  
 居住地 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ (例：000-0000-0000)

項目		13日前	12日前	11日前	10日前	9日前	8日前	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前
体温	起床時											
	就寝時											
現在の調子	1：良い 2：少し良い 3：普通 4：少し悪い 5：悪い											
全身状態	倦怠感	1：ある 2：なし										
	食欲	1：低下 2：異常なし										
消化器	味覚	1：異常あり 2：異常なし										
	嗅覚	1：異常あり 2：異常なし										
	便	1：通常 2：軟便 3：下痢										
呼吸器	喉の痛み	1：ある 2：なし										
	咳	1：ある 2：なし										
	痰	1：ある 2：なし										
アレルギー	呼吸苦	1：ある 2：なし										
	目の充血	1：ある 2：なし										

項目 \_\_\_\_\_ 2日前 \_\_\_\_\_ 1日前 \_\_\_\_\_ 当日 \_\_\_\_\_

体温	起床時			
	就寝時			
現在の調子	1：良い 2：少し良い 3：普通 4：少し悪い 5：悪い			
全身状態	倦怠感	1：ある 2：なし		
	食欲	1：低下 2：異常なし		
消化器	味覚	1：異常あり 2：異常なし		
	嗅覚	1：異常あり 2：異常なし		
	便	1：通常 2：軟便 3：下痢		
呼吸器	喉の痛み	1：ある 2：なし		
	咳	1：ある 2：なし		
	痰	1：ある 2：なし		
アレルギー	呼吸苦	1：ある 2：なし		
	目の充血	1：ある 2：なし		

過去1ヶ月間の海外渡航有無 \_\_\_\_\_  
 渡航理由（有りの場合） \_\_\_\_\_

家族・同居人に体調不良者はいますか？ \_\_\_\_\_  
 どんな症状ですか？（いる場合） \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_

- 上記記載事項に間違いありません。
- 万が一、今後2週間以内に新型コロナウイルスに感染した場合は、ただちに連盟へご報告します。