

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。