

新型コロナウイルス感染症に対する症状の問診票 東京都ボウラーズ連盟

大会参加選手・連盟役員・各支部役員・選手付添者様 ご記入をお願いいたします。
大会関係者の皆様の健康を守るよう、症状を正確に記録して保健所などの公的機関などから問い合わせのあった場合以外には使用いたしません。(1カ月程度は保管します。)

日付: 年 月 日 会場名

所属支部					
フリガナ		生年月日	西暦	年齢	歳
氏名		年 月 日			
住所	〒		連絡先 (携帯番号)		
同行者 氏名			連絡先 (携帯番号)		
会場までの交通手段					

◆ 当てはまる質問事項の回答のどちらかに○を付けて下さい。

	質問項目	はい	いいえ
①	2週間以内に、あなた、または同居のご家族が新型コロナウイルスの感染者の方と一緒にいたことがありますか？		
②	2週間以内に、多人数が集まる換気の悪い密閉された場所に行きましたか？(カラオケ、ライブハウス、スナック、ナイトクラブなど)		
③	2週間以内に、同居のご家族で体調不良の方はいましたか？		
④	2週間以内に、海外の渡航歴はありますか？(国名) また、感染者の多い都道府県に行きましたか？(県名)		

◆ 当てはまる質問事項の回答のどちらかに○を付けて下さい。

	質問項目	はい	いいえ
①	新型コロナウイルスワクチンの接種歴はありますか？		
②	接種歴がある場合実施日を記入してください	1回目 月 日	2回目 月 日
③	ワクチンの製造元を選んでください	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> 不明	

◆ 過去一週間以内に下記の症状がありましたか？(当てはまるところに○印を付ける)

①	発熱(37.5℃以上)		⑦	頭痛	
②	せき・くしゃみ		⑧	筋肉痛	
③	強いだるさ(倦怠感)		⑨	息苦しい・息切れ	
④	のどの痛み		⑩	食欲不振	
⑤	痰・鼻水		⑪	下痢症状	
⑥	吐き気・嘔吐		⑫	味覚・嗅覚の異常	

※お預かりした個人情報はこの目的以外には使用いたしません。後日、破棄いたします。

