

新型コロナウイルス感染症に対する症状の問診票 日本ボウラーズ連盟

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: 令和 4 年 3 月 26 日 会場名 長野県/ヤングファラオ

連盟名			所属支部			
フリガナ 氏名			生年月日	西暦	年 月 日	年齢 歳
住所	〒		連絡先 (携帯番号)			
選手体温	℃	入場者 区分	選手・同伴者	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		回答	
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？	はい	いいえ
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、居酒屋など)	はい	いいえ
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？	はい	いいえ
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)	はい	いいえ

◆ 新型コロナウイルスのワクチン接種についての質問に回答をして下さい。

ワクチン接種質問事項		回答欄	
①	新型コロナウイルスのワクチン接種歴はありますか？	はい	いいえ
②	ワクチン接種歴がある方は、接種した日を記入して下さい。 ※3回目の接種歴のある方は、3回目の月日も記入して下さい。	1回目	月 日
		2回目	月 日
		3回目	月 日
③	接種したワクチンの製造メーカーをチェックして下さい。	<input type="checkbox"/> ファイザー社 <input type="checkbox"/> モデルナ社 <input type="checkbox"/> アストラゼネカ社 <input type="checkbox"/> ジョンソン&ジョンソン社	

◆ 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。

