

新型コロナウイルス感染症に対する症状の問診票 東京都ポウラース連盟

大会参加選手・連盟役員・選手同行者様 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 大会名

連盟名		所属支部				
フリガナ		生年月日	西暦		年齢	歳
氏名			年	月		
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						

※自家用車の場合は同乗者名の記載をおねがいします。

◆ 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、同居のご家族で体調不良の方はいましたか？	はい	いいえ
③	2週間以内に、海外の渡航歴はありますか？(国名)	はい	いいえ

◆ 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	新型コロナウイルスワクチンの接種歴はありますか？	はい	いいえ				
②	接種歴がある場合実施日と製造元がわかれば記入してください。	1回目	月	日	ファイザー	モデルナ	他
		2回目	月	日	ファイザー	モデルナ	他
		3回目	月	日	ファイザー	モデルナ	他
		4回目	月	日	ファイザー	モデルナ	他

◆ 過去10日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)

発熱(37.5℃以上)		痰・鼻水		息苦しい・息切れ	
せき・くしゃみ		吐き気・嘔吐		食欲不振	
強いだるさ(倦怠感)		頭痛		下痢症状	
のどの痛み		筋肉痛		味覚・嗅覚の異常	

大会開催10日前より体調不良はなく、上記記載した問診票の内容に相違ありません。

来場者本人自署

保護者自署

※保護者自署は来場者が未成年の場合のみ記入してください。
※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。