

問 診 票

参加行事名 ()

各 位

新型コロナウイルス感染拡大予防のため行事参加者の体調管理を実施しますので、下記に関して、ご理解とご協力をお願いします。記入のうえ、当日持参してください。

当日は行射時以外のマスクの着用、こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施してください。また、他の参加者等との距離を確保し、大きな声での会話を慎むとともに、感染防止のために担当事務局が決めた指示に従ってください。

三重県弓道連盟

質 問

1、本日の検温結果を記入ください。

体温℃ _____

2、過去10日間における以下の事項について、有無のいずれかを選択してください。

- | | |
|--|---|
| ア 平熱を超える発熱 | (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| イ せき、のどの痛みなどかぜの症状 | (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| ウ だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難) | (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| エ 嗅覚や味覚の異常 | (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| オ 体が重く感じる、疲れやすいなど | (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| カ 新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触の有無 | (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| キ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方の有無 | (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| ク 過去10日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触の有無 | (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |

上記の記載に相違ありません。

令和 年 月 日

ゼッケン又は受審番号 / 氏名 / 年齢

住所

連絡先電話番号(携帯電話)

*いただいた個人情報は本人の同意がない限り、第三者に開示・提供いたしません。