

# 質問票

記入日	年 月 日	当日朝の体温	度
ふりがな			
氏名			
住所			
電話番号	※連絡が付きやすい番号をご記入ください		

※ 当日 37.5度以上の発熱があった場合は、入館をお断りいたします。

◆ **過去14日以内**についてお聞きいたします。

①	海外に渡航しましたか？ 「はい」と回答した方は国名を記載してください（ ）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②	新型コロナウイルス感染症の感染者と接触した可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③	保健所、検疫所、政府機関、医療機関から新型コロナウイルス感染症に罹患している可能性がある、または自宅待機要請の連絡がきましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

◆ **現在の状況**についてお聞きします。

④	体調に異常はありますか？ <u>「はい」と回答した方は、該当するものにチェックをしてください。</u> <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 胃腸の不調 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 喉の痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛・四肢痛 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤	持病（ぜんそく、生理痛、偏頭痛、腰痛、歯痛など）、アレルギー、怪我、精神疾患、手術後以外の理由で、解熱剤 風邪薬・痛み止めを使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

上記、偽りないことを保証し、株式会社アブストリームクリエイションが、本質問表の記載情報を保有することに同意します。

署名：  
\_\_\_\_\_

※ 虚偽の申告等が発覚した場合、必要に応じて法的措置の対象となる場合がありますのでご注意ください。

※ ご記入いただいた個人情報は、感染症予防のために使用し、株式会社アブストリームクリエイションの管理のもと、保健所その他の関連機関に提供する場合があります、また保健所その他の関連機関から連絡が入ることがあります。

◆ **その他**

※ 当日は各自、**感染予防対策**をお願いいたします。

※ マスクは各自ご持参ください。

※ こまめな手指の消毒、手洗いにご協力ください。

※ 食事・休憩の際には、集まらず、開放空間で極力時間差でとるなど対策をお願いいたします。