蔵見学来場者問診票

昨今の新型コロナウィルス感染拡大に伴い、ご来場者の管理対策の為、下記に関しましてご理解を賜り、ご記入・ご署名をいただきますようお願い申し上げます。

（フリガナ） 氏　名		性別	男 ・ 女	年齢	歳
住　所	〒　　ー				
電話番号 （携　帯）		電話番号 （自　宅）		本日の 体　温	．　℃

■過去 14 日以内についてお伺いします。

①	海外に滞在していましたか？	□はい	□いいえ
②	海外で発熱、咳などの症状がある方との接触はありましたか？	□はい	□いいえ
③	渡航歴のある方で日本への入国時に政府機関より 14 日間の行動自粛要請を受けましたか？	□はい	□いいえ
④	保健所、検疫所、政府機関、医療機関から新型コロナウィ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ありましたか？	□はい	□いいえ
⑤	過去２週間以内に家庭内や、会社内（同居するビル内での発生も含む）で新型コロナウィルス感染症に罹患した方が居る。	□はい	□いいえ
⑥	同居する家族で、発熱、倦怠感、味覚障害などの症状がみられる方はいますか？	□はい	□いいえ

■本日の体調についてお伺いします。

⑦	本日体調に異常はありますか？	□はい	□いいえ
⑧	上記①で「はい」とお答えの方は該当するものに☑をしてください。 その他に☑された方は具体的症状をご記入ください。 □発熱　□咳　□倦怠感　□息切れ　□頭痛　□味覚障害 □その他（　　）	□はい	□いいえ
⑨	今現在、持病（ぜん息、生理痛、偏頭痛、腰痛、歯痛など）の理由で解熱剤、かぜ薬、痛み止めなどを服用していますか？	□はい	□いいえ

上記内容に相違はございません。

ご記入日　　年　　月　　日

御芳名（直筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご協力ありがとうございました。

※虚偽の申告などが発覚した場合は損害賠償請求の対象となる場合がございますのでご記入は十分ご注意ください。
※ご記入いただいた個人情報は、感染症の発生を予防し、及びそのまん延防止を図ることを目的に鍋店株式会社が取得・管理し、感染症が発生した場合は保健所、その他関係機関から情報提供を求められた場合にのみ開示し、本人の同意なく第三者へは提供しません。
※個人情報保護方針に関するお問い合せは 0476-22-1455 までご連絡ください。

管理者	