

質問票

記入日	2020年 月 日	
ふりがな		
氏名		
住所	〒	
電話番号(携帯番号)		
FC会員の方は会員番号	N-	

◆過去14日以内についてお聞きいたします。

①過去14日以内に海外渡航歴はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②クルーズ船ダイヤモンドプリンセスに乗船、他、新型コロナウイルス感染者が多発した場所への滞在、または滞在していた方との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、医療機関より自宅待機要請の連絡は来ましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④同居するご家族、お仕事先/学校等にて新型コロナウイルスに感染された方はいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

◆その他

⑤体調に異常はありますか？ 「はい」とお答えの方、該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥持病(ぜんそく、生理痛、偏頭痛、腰痛、歯痛等)、アレルギー、怪我、精神疾患、手術後以外の理由で解熱剤、かぜ薬、痛み止めを使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

上記偽りない事を保証し、主催者(有限会社アートポップエンタテインメント)が本質問票記載の情報を保有する事に同意します。

署名

御協力ありがとうございました

* 虚偽の申告等が発覚した場合は損害賠償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、感染症の発生を予防し、及びそのまん延の防止を図り、もって公衆衛生の向上及び増進を図ることを目的として取得し、主催者(有限会社アートポップエンタテインメント)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、保健所その他の関連機関より連絡があることがあります。