

質問票

事前にご記入の上、入場時にご提出ください。
あわせて身分証明書（免許証・保険証・学生証等）のご提示をお願いいたします。

記入日	2020 年 月 日
ふりがな	
氏名	
住所	〒
電話番号	

◆過去14日以内について

①	県をまたいで移動や滞在はありましたか？ ※本日県外からお越しの方も「はい」にチェックしてください。 「はい」とお答えの方、地域名をご記入ください。（ ）	<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

◆本日の体調について

④	体調に異常はありますか？ 「はい」とお答えの方、該当する項目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
⑤	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風邪薬・痛み止めを服用していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

上記偽りないことを保証し、金沢AZが本質問票記載の情報を保有することに同意します。

署名

※虚偽の申告が発覚した際には損害賠償請求の対象となる事も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、感染症の発生予防とその蔓延の防止・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金沢AZの管理のもと、必要に応じて保健所その他の関連機関に提供し、お客様には該当機関より連絡がある場合があります。