

(別紙)

新型コロナウイルス感染症対策問診票

記載日：令和____年____月____日
(利用日)

団体名：

代表者：

緊急連絡先：
- - -

人数をご記入ください。

参加人数	体調							新型コロナウイルス感染者・濃厚接触者であったり、医療機関等から外出を控えたり体調に注意したりするよう依頼されている。
	発熱	咳・呼吸困難	全身の倦怠感	咽頭痛	味覚・嗅覚障害	下痢・吐気・嘔吐	その他（鼻水・鼻づまり・頭痛・目の痛み・結膜の充血・関節痛・筋肉痛など）	
人	人	人	人	人	人	人	人	人

上記の質問に**1つでも**該当する方は、**本日の参加をお控えください。**ご理解・ご協力よろしくお願いいたします。

この問診票の保管期間は、活動終了後から3週間です。保管期間後は、シュレッダーで廃棄します。