

イベント参加者の安全のため下記のご回答・ご協力をお願いします。

記入日2022年 月 日

氏名		電話番号	
----	--	------	--

下記記述内容が事実であり、虚偽記載による問題が発生時には本人に責任があることを承認します。

同意する

「個人情報保護法」等の関連法律により、下記内容について十分認知して、個人情報収集及び活用に同意します。

同意する

抗原検査の結果、陰性である。

はい

海外渡航歴の確認

直近14日以内に海外への渡航歴はありますか？ はいまたは、渡航者との接触がありましたか？ いいえ

渡航先（国名）		滞在都市	
滞在期間	年 月 日	～	年 月 日

本日の体温記入 体温： °C本日の体調チェック（該当症状がある場合お願いします。） 有 無

症状	<input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 頭痛
	<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 痰
	<input type="checkbox"/> 全身の倦怠感 <input type="checkbox"/> その他（ ）

最近7日間の体調チェック（該当症状がある場合お願いします。） 有 無

症状	<input type="checkbox"/> 発熱あり： °C	<input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 頭痛
		<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢
		<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 痰
		<input type="checkbox"/> 全身の倦怠感 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		発症日時 月 日 時頃 / 場所：

基礎疾患（万一感染してしまった場合の重症化を予防するために必要な情報となります。） 有 無

心臓病（病名： ） 腎臓（病名： ） 糖尿病その他の持病（病名： ）

<個人情報の収集・活用に関する同意内容>

収集する個人情報の項目：氏名、生年月日、連絡先、住所。

個人情報の利用目的：新型コロナウイルス感染症疑い患者把握のために利用。

個人情報の保有及び利用期間：収集日から半年後に破棄。

個人情報提供同意、同意拒否の権利及び同意拒否による不利益内容及び制限事項

：正常な運営に必要な最低限の情報に該当するため、本人の同意無き場合は参加不可。