

新型コロナウイルス感染症関連問診票

氏名		フリート名		生年月日 (西暦)	/ /
連絡先	自宅・ホテル・携帯電話	-	-	本人以外の 連絡先	氏名
住所					
宿泊先					

大会名	第31回 ジアイカップ
-----	--------------------

海外渡航歴の確認			
最近 (直近14日間以内) に、海外への渡航歴はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
最近 (直近14日間以内) に、渡航者との接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
渡航先 (国名) :	滞在都市 :	滞在期間 :	年 月 日 ~ 年 月 日
渡航先 (国名) :	滞在都市 :	滞在期間 :	年 月 日 ~ 年 月 日
渡航先 (国名) :	滞在都市 :	滞在期間 :	年 月 日 ~ 年 月 日

体調チェック (最近14日以内に、該当する症状がある場合に☑を入れてください。該当しない場合は記入しなくて結構です)
※下記諸症状に該当する場合は、ハーバー及び宿泊先には来場いただけません。

症状	<input type="checkbox"/> 発熱 (°C)	<input type="checkbox"/> 悪寒	<input type="checkbox"/> から咳	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 頭痛
	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 全身の倦怠感	<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"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 膿性痰
	<input type="checkbox"/> その他				

発症日時	<input type="checkbox"/> 出発前 (場所:)	<input type="checkbox"/> 移動中	<input type="checkbox"/> ホテル入り後 (場所:)	<input type="checkbox"/> その他
------	--	------------------------------	---	------------------------------

確認者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 医療関係者	<input type="checkbox"/> 保健所担当者	<input type="checkbox"/> 検疫所担当者	<input type="checkbox"/> その他
	確認機関名:		確認日時:		

医療機関の診断	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 急性呼吸困難症候群	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン撮影:	<input type="checkbox"/> はい (所見:)	<input type="checkbox"/> いいえ

基礎疾患 (万一、新型コロナウイルスに感染してしまった際、重症化を防ぐために医療機関に報告する内容になります。)			
<input type="checkbox"/> 心臓 (病名:)	<input type="checkbox"/> 腎臓 (病名:)	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> その他持病 ()

上記記述内容が事実であることを確認します。虚偽記載による問題発生時には本人に責任があることを確認します。
 氏名:

【個人情報の取扱いについて】

この用紙はご提出いただく必要はございませんが、緊急時に備え、会場にご持参くださいますようお願いいたします。
 ご記入頂きました個人情報は、新型コロナウイルス感染症疑い患者の把握のために利用致します。
 緊急時において、医療機関や行政機関への連絡のため、書面もしくは口頭にて、提供する場合がございます。
 また、個人情報の委託を行う場合は、当社の厳正な管理の下で行います。枠内につきましては全項目をご記入下さいますようお願いいたします。

[本件及び個人情報についてのお問い合わせ先]
 川瀬 晴久 TEL: 090-3284-5509
 E-MAIL: the_i_cup[at]laser-ashiya.net ([at]を@に変換してご送付ください)

体温測定・行動記録表(事前2週間分)

第31回 シアイカップ

氏名	企業名	生年月日	(西暦)	/	/
----	-----	------	------	---	---

大会参加まで直近2週間各日の、毎朝の体温を計測し、大まかな行動範囲、外出先等の記録をお願いします。

NO	日付	時間	検温結果	主な滞在地	外出先など
1	2022年5月7日(土)	:	℃		
2	2022年5月8日(日)	:	℃		
3	2022年5月9日(月)	:	℃		
4	2022年5月10日(火)	:	℃		
5	2022年5月11日(水)	:	℃		
6	2022年5月12日(木)	:	℃		
7	2022年5月13日(金)	:	℃		
8	2022年5月14日(土)	:	℃		
9	2022年5月15日(日)	:	℃		
10	2022年5月16日(月)	:	℃		
11	2022年5月17日(火)	:	℃		
12	2022年5月18日(水)	:	℃		
13	2022年5月19日(木)	:	℃		
14	2022年5月20日(金)	:	℃		
15	2022年5月21日(土)	:	℃		
16	2022年5月22日(日)	:	℃		

【個人情報の取扱いについて】

この用紙はご提出いただく必要はございませんが、緊急時に備え、会場にご持参くださいますようお願いいたします。
 ご記入頂きました個人情報は、新型コロナウイルス感染症疑い患者の把握のために利用致します。
 緊急時において、医療機関や行政機関への連絡のため、書面もしくは口頭にて、提供する場合がございます。
 また、個人情報の委託を行う場合は、当社の厳正な管理の下で行います。枠内につきましては全項目をご記入下さいますようお願いいたします。

[本件及び個人情報についてのお問い合わせ先]

TEL : 090-3284-5509

E-MAIL : the_i_cup[at]laser-ashiya.net ([at]を@に変換してご送付ください)

[担当] 川瀬

体温測定・行動記録表(当週および事後1週間分)

氏名		所属 (会社名)		生年月日 (西暦)	/	/
連絡先	自宅・ホテル・携帯電話	-	-	緊急連絡先	氏名	/ - -
住所(自宅)						
大会名	第31回 ジアイカップ					

日付	時間	検温結果	主な滞在地 (都道府県)	外出先など
2022年5月23日(月)	:	℃		
2022年5月24日(火)	:	℃		
2022年5月25日(水)	:	℃		
2022年5月26日(木)	:	℃		
2022年5月27日(金)	:	℃		
2022年5月28日(土)	:	℃		
2022年5月29日(日)	:	℃		

【個人情報の取扱いについて】

この用紙はご提出いただく必要はございませんが、緊急時に備え、会場にご持参くださいますようお願いいたします。
 ご記入頂きました個人情報は、新型コロナウイルス感染症疑い患者の把握のために利用致します。
 緊急時において、医療機関や行政機関への連絡のため、書面もしくは口頭にて、提供する場合がございます。
 また、個人情報の委託を行う場合は、当社の厳正な管理の下で行います。枠内につきましては全項目をご記入下さいますようお願いいたします。

[本件及び個人情報についてのお問い合わせ先]
 TEL : 090-3284-5509
 E-MAIL : the_i_cup[at]laser-ashiya.net ([at]を@に変換してご送付ください)
 [担当] 川瀬