

# 質問票

(2021/8/2現在)

記入日	年 月 日
(ふりがな)	
氏名	
住所	〒
電話番号 (携帯番号)	

## ◆過去2日以内についてお聞きします。

①	新型コロナウイルス感染症の感染者と接触した可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②	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

## ◆その他

③	体調に異常はありますか？ (※医師の診療を受け、伝染性の感染症ではないという診断を受けた方を除きます。) 「はい」とお答えの方、該当する物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
④	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
⑤	中華人民共和国湖北省又は浙江省において発行された中国旅券を所持していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

上記偽りない事を保証し、FWD株式会社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 \_\_\_\_\_

ご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請求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は、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、FWD株式会社の管理のもと、保健所その他の関連機関に提供する場合があります、お客様に保健所その他の関連機関から連絡があることがあります。