

新型コロナウイルス感染症対策アンケート

講習会開催日：2021年 月 日

講習会名：

講師：

この度は講習会にご参加いただきありがとうございます。

新型コロナウイルス感染症予防のため、アンケートへのご協力をお願いします。

当てはまる項目に チェックサインをお願いします。

質問 1

本日の自覚症状について

自覚症状	YES(ある)	NO(ない)
37.5度以上の発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喉の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
強いだるさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳がひどい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息苦しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
味・においがしない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

検温

°C

質問 2

過去2週間以内の自覚症状について

自覚症状	YES(ある)	NO(ない)
37.5度以上の発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喉の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
強いだるさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳がひどい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息苦しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
味・においがしない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

質問 3

同居家族、職場、及び職場の家族、通院先病院、学校など(密閉、集団行動など)で
コロナウイルス感染症が確認された方、またその疑いがある方がいますか？

YES(いる)	NO(いない)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「YES(いる)」の場合、具体的な内容(情報)をご記入ください。

20 年 月 日

ご署名

ご協力ありがとうございました。

十分な手洗いとマスク着用の上、講習会にご参加ください。

ソーシャルディスタンスの確保にもご協力をお願いします。

【プライバシー方針について】

- ・ご記入いただきました個人情報、当講習会に関する連絡・記録・及び講習会後の問合せなどに使用します。
- ・記録された情報は、他に流用いたしません。
- また、法令に定める場合を除き、個人情報を事前に本人の同意を得ることなく第三者に提供しません。
- ・情報の保管期間は、講習会終了翌日から起算して30日間とし、保管期間経過後は、適切な方法により廃棄します。