

問診票

【個人情報のご記入にご協力ください。】

会場内で感染が疑われる事象があり公的機関より要請があった場合は、ご記入いただきました情報を接触者特定を目的として保健所などの公的機関へ提供いたします。ご了承の上、問診票のご記入をお願いいたします。

ご記入いただきました情報は公演主催者のもと2週間保管管理をし、感染が疑われる事象がなければ全て破棄されます。

公演名	SARD UNDERGROUND LIVE TOUR 2020				
公演	大阪1 (14:00開演)	・	大阪2 (18:00開演)	・	東京
ふりがな					
氏名					
生年月日	西暦	年	月	日	
お住いの都道府県	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県				
電話番号	※連絡が付きやすい電話番号をご記入ください				
座席番号	列	番			

◆過去14日以内についてお聞きします。

①	新型コロナウイルス陽性判定を受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②	医師から自宅待機指示は受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③	同居家族や身近な知人に感染者もしくは濃厚接触の疑いがある方はいますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④	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
⑤	政府から入国制限ならびに入国後の観察期間を必要とされている国・地域等への渡航を行いましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥	政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域などへの渡航者並びに当該国・地域の在住者との濃厚接触の可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

◆現在の体調についてお聞きします。

⑦	咳、鼻水、倦怠感、下痢、嘔吐、味や匂いを感じない等の症状がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
---	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

問診票はご入場時に回収いたします。 ご協力ありがとうございました。