

全国健康福祉祭
(参加申込・問診票)

令和4年4月3日
(住吉武道館弓道場)

ふりがな		性別	男・女
氏名			
生年月日	和暦 年 月 日生 西暦 年 月 日生	年齢 令和5年(2023年) 4月1日現在	歳
所属クラブ		称号 段位	
住所 住民票所在地		電話番号	

※ 選考会当日を含めて、4日間の検温をご記入下さい

3/31 度 分 4/1 度 分
4/2 度 分 4/3 度 分(自宅にて)

問診票

※ 以下の質問にあてはまるものに☑をつけて下さい

- | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 平熱を超える熱がある(おおむね 37度0分以上) | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と濃厚接触がある |
| <input type="checkbox"/> 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状がある | <input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる |
| <input type="checkbox"/> だるい(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がある | <input type="checkbox"/> 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある |
| <input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚に異常がある | <input type="checkbox"/> 特に体調の異常はない |
| <input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等がある | |

※ 本日より、14日以内に発熱等の体調異常があった場合は、遅滞なく府連事務局にご連絡下さい

※ 問診票部分は、1カ月経過後、シュレッダーにより廃棄処分します。