



新型コロナウイルス感染予防に対するアンケート

日付： 年 月 日

講習名：

講師名：

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。
 コロナウイルス感染防止のため、このアンケートをお願いしております。参加者の皆様に安全衛生上、本日の体調と2週間以内の体調をお伺いさせていただきます。またアンケートはしばらく保管し方が一の際、当団体、行政、医療機関の参考として控えさせていただきます。
 アンケートご協力ありがとうございます。
 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、新型コロナ感染の兆候の可能性があるとされる、体調不良症状はありませんか？

症 状	YES	NO
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 2

過去 2週間以内に体調不良は起こしていませんか？

症 状	YES	NO
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、学校等(密閉、集団行動等)でコロナウイルス感染が確認された方、またその疑いがある方がいますか？

YES	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YESの方は具体的な内容(情報)をご記入ください。

20 年 月 日

署名

ご協力ありがとうございました。
 それでは十分な手洗いとマスク着用の上、セミナーにご参加ください。
 ソーシャルディスタンスもお忘れなく！

・プライバシー方針について

記載されました個人情報(当セミナーに関する連絡・記録・及びセミナー後の問合せなど)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。