

投球フォーム 感染対策問診票

| | |
|---------------------------------|---------------------------|
| フリガナ | 年 月 日 |
| 氏名 | 生年 月日 年 月 日 |
| | 年齢 歳 |
| 住所 〒 | |
| Tel () - | 本人 ・ 付き添い |

現在、下記の症状はありますか どちらかに○を記入して下さい。

| | | |
|------------------|----|-----|
| 発熱 | はい | いいえ |
| 空咳（からげき）などの風邪症状 | はい | いいえ |
| 体のだるさ | はい | いいえ |
| のどの痛み | はい | いいえ |
| 下痢 | はい | いいえ |
| 頭痛 | はい | いいえ |
| 結膜炎 | はい | いいえ |
| 味覚・または嗅覚の異常 | はい | いいえ |
| 皮膚の発疹、または手足の指の変色 | はい | いいえ |

| | | |
|--|----|-----|
| 2週間以内に、身近な方で新型コロナウイルス感染症にかかった方はいらっしゃいますか | はい | いいえ |
| 2週間以内に海外へ行かれたか | はい | いいえ |
| 家族に発熱や呼吸器症状のある人がいますか | はい | いいえ |