

◆新型コロナウイルス感染症(COVID-19)関連問診票◆

大会参加のため、この問診票に記入し提出しなければならないことをご理解の上、ご協力をお願いします。

氏名		本日の体温	℃		
住所	〒				
所属		生年月日	(西暦)	年	月 日
連絡先	—	—	競技名		

本日の症状(該当する症状がある場合に☑を入れてください。該当しない場合無記入)

<input type="checkbox"/> 悪寒	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 咽頭痛
<input type="checkbox"/> 全身の倦怠感	<input type="checkbox"/> 筋肉痛	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 味覚障害	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害
<input type="checkbox"/> 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 膿性痰	<input type="checkbox"/> その他 ()	

過去14日間の体調チェック

1、過去14日以内に、ご自身に、発熱の症状はありませんか？	ない	あった
2、過去14日以内に、ご自身に、息苦しさや強いだるさの症状はありませんか？	ない	あった
3、過去14日以内に、咳・くしゃみ・鼻水・のどの痛みなど風邪の症状はありませんか？	ない	あった
4、過去14日以内に、味覚・嗅覚に違和感を感じる症状はありませんか？	ない	あった
5、過去14日以内に、同居している方に1, 2, 3, 4の症状はありませんか？	ない	あった
6、過去14日以内に、ご自身・同居している方に海外への渡航歴はありませんか？	ない	あった

上記記述内容が事実であることを確認します。虚偽記載による問題発生時には本人に責任があることを確認します。

年 月 日 本人署名 :

<重要>

- 1、本日の症状に該当項目があった場合、または過去14日間の体調チェック欄に該当項目があった場合、その内容によっては出場を認めません。
- 2、大会で定める感染対策及び注意事項の遵守をお願いします。
- 3、競技終了後7日以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、主催者に対して速やかに報告をしてください。

<個人情報の取り扱いについて>

ご記入頂きました個人情報は、北海道ゴルフ連盟にて厳正に管理し、新型コロナウイルス感染症疑い患者の把握のために利用致します。事前にご了解なく他の目的で利用・提供することはありません。但し、緊急時において、医療機関や行政機関への連絡のため、書面もしくは口頭にて、医療機関や行政機関に提供いたします。また、個人情報の委託を行う場合は、当社の厳正な管理の下で行います。枠内につきましては全項目をご記入ください。尚、ご本人の個人情報の提出は任意です。ただし、正しく提出されない場合は、正常な大会運営に必要な最小限の情報に該当するため、大会に参加できない可能性があります。個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用停止・消去及び第三者提供の停止につきましては、恐れ入りますが下記までお申し出下さい。

【本件及び個人情報についてのお問い合わせ先】

北海道ゴルフ連盟

TEL:011-221-4564 (土・日・祝・年末年始は休み)