

# 質問票

事前にこちらの用紙にご記入の上、入場時にご提出ください。  
合わせて身分証明書（免許証・保険証・学生証）のご提示もお願い致します。

記入日：2020年 月 日

ふりがな	
氏名	
住所	〒
電話番号	

## ■過去14日以内について

①	海外への渡航歴はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②	新型コロナウイルス感染症の感染者と接触した可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③	保健所、検疫所、政府機関、医療機関から新型コロナウイルス感染症に罹患している可能性がある、または自宅待機要請の連絡が来ましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## ■ご来場当日の体調について

①	体調に異常はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②	「はい」とお答えの方は該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> その他 その他の方は症状を記入してください。 ( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③	持病（喘息、生理痛、偏頭痛、腰痛、歯痛等）、アレルギー、怪我、精神疾患、手術後以外の理由で風邪薬・痛み止めを服用していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

上記偽りない事を保証し、金沢EIGHTHALLが本質問票記載の情報を保有することに同意します。

署名

ご協力ありがとうございました。

※虚偽の申告等が発覚した場合は、損害賠償請求の対象となる場合がありますのでご注意ください。  
※ご記入いただいた個人情報は、感染症の発生を予防及びそのまん延の防止を図り、公衆衛生の向上及び増進を図ることを目的として取得し、金沢EIGHTHALLの管理のもと保健所その他の関連機関に提供する場合があります、お客様に保健所その他の関連機関から連絡がある事があります。