



問診票【HEALTH QUESTIONNAIRE】

2020/11/

名前(Name) : _____
生年月日(DOB) : _____
国籍(Country) : _____
電話番号(Contact Phone number) : _____
住所(Address) : _____

1. 最近風邪の症状がありましたか？ のど、鼻、咳、痰、呼吸困難など
(Have you recently had any cold symptoms: sore throat, runny nose, cough, phlegm, breathing difficulty?)
はい(YES) / いいえ(NO)
2. 最近、37.5 度以上の発熱症状がありましたか？
(Have you recently had any fever?)
はい(YES) / いいえ(NO)
3. 2 週間以内に海外への渡航歴がありますか？
(Did you travel abroad in the past 2 weeks?)
はい(YES) / いいえ(NO)

個人情報取り扱い・利用と第三者提供同意書

主催者は以下の通り、個人情報の取り扱い・利用や提供をします。内容を確認した上、同意可否を決めてください。

(Organizer may collect and provide related with the following kinds of personal information in purpose of personal health check and follow-up regarding novel Corona virus. Please read below carefully and decide whether agree or not.)

□個人情報の第三者提供に関する内容 Details of personal information providing third parties

・提供する個人情報 Types of Collected Personal information :

名前、生年月日、電話番号、住所 (Name, Birth of date, Contact Number, Address)

・取り扱い・利用の目的 Purpose of Collecting Personal information :

医療／公衆保健 (Medical/ Public Health)

上記のように、個人情報の第三者提供に同意しますか？

Do you agree to provide personal infomartion to third parties as above?

はい (YES) / いいえ (NO)

署名(Signature) : _____