

問診票

公演日	2020年 月 日 ()	
ふりがな		
氏名		
居住地	都道府県	区市町村
電話番号 (携帯番号)		
体調に異常は ありますか？	はい	いいえ
「はい」とお答えの方、該当する症状にチェックしてください。		
<input type="checkbox"/> 37度以上の発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛(持病、アレルギーからの症状は除く) <input type="checkbox"/> その他		
<small>※ご記入いただいた個人情報は感染症の発生に限り、保健所その他関連機関に提供する場合があります。 上記、目的以外には利用いたしません。 問診票は会場で40日間保管し、期間以降は破棄いたします。</small>		
高田馬場CLUB PHASE		