

体調質問票

11/15 アメフラッシ 2nd Anniversary Live"ON AIR" (1部公演)

記入日	年 月 日	当日朝の体温	度
ふりがな			
氏名			
生年月日			
住所			
電話番号	※連絡が付きやすい番号をご記入ください		

※ 当日 37.5度以上の発熱があった場合は、入場をお断りいたします。

◆ご来場される、公演に印をつけてください。

①	<1部> History of Us ・ <2部> Over the Future	<input type="checkbox"/> 1部公演	<input type="checkbox"/> 2部公演
---	---	-------------------------------	-------------------------------

◆過去2週間以内についてお聞きいたします。

①	海外に渡航しましたか？ 「はい」と回答した方は国名と帰国日を記載してください（ ）	<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きましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④	1週間以内に発熱(37度以上)した日はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

◆過去3日以内についてお聞きします。

④	体調に異常はありますか？ 「はい」と回答した方は、該当するものにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 眼の痛み <input type="checkbox"/> 結膜の充血 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節・筋肉痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤	持病（ぜんそく、生理痛、偏頭痛、腰痛、歯痛など）、アレルギー、怪我、精神疾患、手術後以外の理由で、解熱剤・風邪薬・痛み止めを使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

上記、偽りないことを保証し、ライブ運営会社株式会社ハヤシインターナショナルプロモーションが、本質問表の記載情報を保有することに同意します。

署名：

※ 虚偽の申告等が発覚した場合、必要に応じて法的措置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、感染症予防のために使用し、株式会社ハヤシインターナショナルプロモーションの管理のもと、保健所その他の関連機関に提供する場合があります、また保健所その他の関連機関から連絡が入ることがあります。