



2022年JAF全日本ダートトライアル選手権第5戦
2022年東北ダートトライアル IN KIRIYANAI

JAF公認番号:国内競技2022-6201
開催場所:サーキットパーク切谷内
開催日:2022年6月18日(土)~19日(日)
オーガナイザー:MSC はちのへ/AKITA

新型コロナウイルス感染防止のための問診票

※お願い 事前にご記入のうえイベント当日お持ちください。

お名前		該当するチェック欄にチェック <input type="radio"/> ドライバー <input type="radio"/> オフィシャル <input type="radio"/> メディア <input type="radio"/> サービス <input type="radio"/> ギャラリー	体温	当日 検温時記入 ℃
連絡先(電話番号)				

該当する項目にチェック✓し、必要事項を記載してください。

<input type="checkbox"/> 1. 過去14日以内に、3密(密閉・密集・密接)または疑わしい場所を訪れた。 訪問日 2022年 月 日 場所()	←左記項目に 該当なし <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. 過去14日以内にコロナウイルス陽性者になった人と接触した。 接触日 2022年 月 日 場所() ・接触者との関係: <input type="radio"/> 家族 <input type="radio"/> 職場 <input type="radio"/> 知人 <input type="radio"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 3. 過去14日以内に、保健所からコロナウイルス濃厚接触者と指定された。	
<input type="checkbox"/> 4. 同居人または職場に自宅隔離を要請されている人がいる。	
<input type="checkbox"/> 5. 過去14日以内に、海外渡航歴がある。 ・国名() 帰国日:2022年 月 日	
<input type="checkbox"/> 6. 同居人または職場に過去14日以内に、海外渡航歴がある人がいる。 ・国名() 帰国日:2022年 月 日	
<input type="checkbox"/> 7. 同居人または職場などに過去14日以内に海外渡航歴がある人と接触した。 ・接触した場所() 状況()	
<input type="checkbox"/> 8. 過去14日以内に夜の接待を伴う店に行きましたか。 また、感染者が報告された場所に行きましたか。	←左記項目に 該当なし <input type="checkbox"/>
9. 過去14日から本日までの、ご自身の症状が該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 発熱(37.5℃以上) <input type="checkbox"/> 味がわからない <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> においが分かりにくい <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み 上記の症状が発生した日:2022年 月 日	
10. 過去14日から本日までの、同居または職場の人が該当する場合は項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 発熱(37.5℃以上) <input type="checkbox"/> 味がわからない <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> においが分かりにくい <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み 上記の症状が発生した日:2022年 月 日	←左記項目に 該当なし <input type="checkbox"/>
11. ワクチン接種日を記入してください。	
ワクチン接種日	
回目	年 月 日

※ご協力ありがとうございました。