

質問票(問診票)

ご入場時にこちらの用紙をご提出ください
合わせて顔写真付き公的身分証のご提示もお願い致します

(ご提示いただく顔写真付き公的身分証の詳細はファンクラブサイトにてご確認ください)

記入日	年 月 日 () 時 記入
公演日	年 月 日 ()
フリガナ 氏名	
住所	〒
電話番号	
年齢	
座席番号	

■下記、よくお読みの上、該当するものにチェックを入れてください

①	過去5日以内に、発熱、咳、倦怠感、味覚障害などの体調不良はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②	過去2週間以内に夜間の繁華街への外出もしくは飲酒を伴う会食を行いましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③	新型コロナウイルス感染症の陽性と判明した者との濃厚接触はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④	同居家族や身近な知人に感染が疑われる者はいますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤	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疾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
⑥	本日、体調に異常はありますか？ 「はい」とお答えの方、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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑦	持病（ぜんそく、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
⑧	現在妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

万一、入場後著しく体調を崩したり持病が発病したとしても
主催者、出演者、及び会場側等関係各所に一切の責任を問わないこと
また、上記偽りないことを保証し、株式会社ディスクガレージが本質問票記載の情報を保有すること
必要に応じて保健所等の公的機関へ本質問票記載内容の情報が提供され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

※顔写真付き公的身分証をご提示いただけなかった、ご提示いただいても本人確認ができなかった、
または東京都にご在住であることが確認できなかった場合にはご入場いただけず、また払い戻し対象とはなりません

※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、もって公衆衛生向上
及び増進を図ることを目的として取得し、株式会社ディスクガレージの管理のもと
保健所、その他関連機関に提供する場合があり、お客様に保健所、その他関連機関から連絡をすることがあります