

7月16日（金）に提出

## 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）関連問診表

大会参加のため、この問診票に記入し提出しなければならないことをご理解の上、ご協力をお願いします。

参加申請大会	北陸オープンゴルフトーナメント2021
--------	---------------------

氏名		所属		生年月日	(西暦)	/	/
連絡先	携帯電話：	本人以外の連絡先	氏名：	/電話：			
住所	〒						

海外渡航歴の確認	
最近（直近14日間以内）に、海外への渡航歴はありますか？ または、渡航者との接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
渡航先（国名）：	滞在都市： 滞在期間： 年 月 日～ 年 月 日
渡航先（国名）：	滞在都市： 滞在期間： 年 月 日～ 年 月 日
渡航先（国名）：	滞在都市： 滞在期間： 年 月 日～ 年 月 日

体調チェック（最近7日以内に、該当する症状がある場合に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。該当しない場合は記入しなくて結構です）	
症状 (7日以内)	<input type="checkbox"/> 発熱（       ℃） <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 頭痛
	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 全身の倦怠感 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 膿性痰
	<input type="checkbox"/> その他（                                 ）
発生日時	<input type="checkbox"/> 出発前（場所：                         ） <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> ホテル入り後（場所：                         ） <input type="checkbox"/> その他
確認者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 保健所担当者 <input type="checkbox"/> 検疫所担当者 <input type="checkbox"/> その他 確認機関名：                                 確認日時：
医療機関の診断	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 急性呼吸困難症候群 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン撮影： <input type="checkbox"/> はい（所見：                         ） <input type="checkbox"/> いいえ
基礎疾患（万一、新型コロナウイルスに感染してしまった際、重症化を防ぐために医療機関に報告する内容になります。）	
<input type="checkbox"/> 心臓（病名：                         ） <input type="checkbox"/> 腎臓（病名：                         ） <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他持病（                         ）	

上記記述内容が事実であることを確認します。虚偽記載による問題発生時には本人に責任があることを確認します。

氏名：

印

## 【個人情報の取扱いについて】

ご記入頂きました個人情報は、富山テレビ放送にて厳正に管理し、新型コロナウイルス感染症疑い患者の把握のために利用いたします。事前にご了解なく他の目的で利用・提供することはありません。但し、緊急時において、医療機関や行政機関への連絡のため、書面もしくは口頭にて、医療機関や行政機関に提供いたします。また個人情報の委託を行う場合は、当社の厳正な管理のもとで行います。枠内につきましては全項目をご記入ください。尚、ご本人の個人情報の提出は任意です。ただし、正しく提出されない場合は、正常な大会運営に必要最小限の情報が該当するため、大会に参加できない可能性があります。個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用停止・消去及び第三者提供の停止につきましては、恐れ入りますが下記までお申し出ください。

[本件及び個人情報についてのお問い合わせ先]

富山テレビ放送事業局事業部

TEL：076-492-7106 ※平日 9:30～17:30（土・日・祝・年末年始は休み）

[個人情報保護管理責任者] 富山テレビ放送株式会社取締役事業局長 山田 勉