

健康調査票

この度はオルレバスツアーにお申込み賜り、誠にありがとうございます。

新型コロナウイルス感染症予防対策のため、**チェック事項を旅行出発当日にご記入いただき**、添乗員または受付係員にご提出くださいますようお願い申し上げます。

一つでも「いいえ」に該当する場合は、ご参加いただけません。※参加者全員に作成・提出が必要です。

下記につきまして☑印をご記入ください。

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ①本日検温を行いましたか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ①発熱（37.5 度以上）はありませんか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ②風邪の症状（くしゃみや咳が出る）はありませんか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③のどの痛みはありませんか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④息苦しさ（呼吸困難・胸の痛み）・倦怠感はありませんか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤家族や身近な知人に新型コロナウイルスに感染していませんか？
もしくは感染の疑いのある方はいませんか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥過去14 日以内に海外旅行歴または、新型コロナウイルス感染症
罹患者と濃厚接触があった、あるいは疑いがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

※感染症拡大防止の観点から、
上記設問にひとつでも「いいえ」が該当する場合は、オルレツアーの参加をご遠慮いただきます。
ただし、次の場合にはオルレツアーに参加いただくことが可能ですので、必要事項をご記入ください。

医師保健所等の診断による旅行参加許可を得ている 医療・保健機関名と許可取得日

◆ その他事前に申告すべき内容があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

出発日（記入日） 年 月 日

出発日		氏名（署名）	
-----	--	--------	--

* お伺いした個人情報はツアー実施のために利用させていただき、
その他の目的には使用いたしません。利用目的が終了した後に破棄いたします。