

健康確認シート

ツアーにお申込み賜り、誠にありがとうございます。

さて、旅行参加にあたり、お客様の健康状態に関してお伺いさせていただきます。下記につきまして、必要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。

下記につきまして☑印をご記入ください。

◆お客様の健康状態についてお聞かせください。

集合時および出発の前日から起算して14日以内の下記症状の有無をお答えください。

- | | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ①発熱（37.5度以上） | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ②せき | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ③のどの痛み | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ④息苦しさ（呼吸困難・胸の痛み） | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ⑤倦怠感 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ⑥味覚・嗅覚の異常 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

◆お客様の状況についてお聞かせください。

集合時および出発の前日から起算して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。 あり なし

*** 感染症拡大防止の観点から、上記設問にひとつでも該当する場合は、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

問合せNo.		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ます、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。