

問診票

2020/11/20

HEALTH QUESTIONNAIRE

Name(名前) : _____

DOB(生年月日) : _____

Country(国籍) : _____

Contact Phone number(電話番号) : _____

Address(住所) : _____

1. Have you recently had any cold symptoms: sore throat, runny nose, cough, phlegm, breathing difficulty?

(最近風邪の症状がありましたか? のど、鼻、咳、痰、呼吸困難)

YES / NO

2. Have you recently had any fever?

(最近発熱症状がありましたか?)

YES / NO

個人情報取り扱い・利用と第三者提供同意書

Organizer may collect and provide related with the following kinds of personal information in purpose of personal health check and follow-up regarding novel Corona virus. Please read below carefully and decide whether agree or not.

(主催者は以下の通り、個人情報の取り扱い・利用や提供をします。内容を確認した上、同意可否を決めてください。)

個人情報の第三者提供に関する内容 Details of personal information providing third parties

・提供する個人情報 Types of Collected Personal information :

Name, Birth of date, Contact Number, Address (名前、生年月日、電話番号、住所)

・取り扱い・利用の目的 Purpose of Collecting Personal information :

Medical/ Public Health (医療/公衆保健)

Do you agree to provide personal infomartion to third parties as above?

上記のように、個人情報の第三者提供に同意しますか?

YES (はい) / No (いいえ)

Signature(署名) : _____