

行動調査

調査者 _____ 支所 氏名 _____ 調査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

グループ名		番号		患者・健康者	氏名	
-------	--	----	--	--------	----	--

A 年 月 日 () について

Q 1	あなたの体調はどうでしたか？
	<input type="checkbox"/> 健康だった <input type="checkbox"/> 体調不良があった（いつ頃でしたか？ _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日） （具体的な症状は？ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 吐き気 ・ 腹痛 ・ 発熱 ・ その他 _____ ）
Q 2	あなたの周りに嘔吐や下痢症状の方がいましたか？
	<input type="checkbox"/> いた（いつ頃でしたか？ _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日） *差し支えなければその方はどなたですか？（ _____ ） <input type="checkbox"/> いなかった，気づかなかった
Q 3	あなたの周りに汚物（便や嘔吐物）で汚れた場所がありましたか？
	<input type="checkbox"/> 汚れていた（具体的 _____ ） <input type="checkbox"/> 汚れていなかった，気づかなかった，覚えていない

B 年 月 日 () について

Q 4	に行く『前』に誰かとどこかに立ち寄りしましたか？
	<input type="checkbox"/> はい（どなたと？ _____ ） （どこで？ _____ ） <input type="checkbox"/> いいえ
Q 5	へは誰かと一緒に行きましたか？
	<input type="checkbox"/> はい（どなたと？ _____ ） （どうやって？ _____ ） <input type="checkbox"/> いいえ
Q 6	店利用時にトイレを利用されましたか？
	<input type="checkbox"/> はい（利用したトイレの場所は？ _____ ） <input type="checkbox"/> いいえ
Q 7	利用時に食品（菓子など）持ち込みをされましたか？
	<input type="checkbox"/> はい（食品名 _____ ） <input type="checkbox"/> いいえ
Q 8	利用時，あなたの周りに嘔吐や下痢症状の方がいましたか？
	<input type="checkbox"/> いた（いつ頃でしたか？ _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日） *差し支えなければその方はどなたですか？（ _____ ） <input type="checkbox"/> いなかった，気づかなかった
Q 9	利用時，あなたの周りに汚物（便や嘔吐物）で汚れた場所がありましたか？
	<input type="checkbox"/> 汚れていた（具体的な場所 _____ ） <input type="checkbox"/> 汚れていなかった，気づかなかった，覚えていない

C 利用後

Q 1 0	利用『後』に誰かとどこかに立ち寄りしましたか？
	<input type="checkbox"/> はい（どなたと？ _____ ） （どこで？ _____ ） <input type="checkbox"/> いいえ