

受付時 健康状態チェックリスト

●太枠の中の項目についてご記入ください。

受付日：令和 年 月 日

避難所名

氏名	年齢

チェック項目		
1	あなたは新型コロナウイルスの感染が確認されている人の濃厚接触者で、現在、健康観察中ですか？	はい・いいえ
2	普段より熱っぽく感じますか？	はい・いいえ
3	呼吸の息苦しさ、胸の痛みはありますか？	はい・いいえ
4	においや味を感じないですか？	はい・いいえ
5	せきやたん、のどの痛みはありますか？	はい・いいえ
6	全身がだるいなどの症状はありますか？	はい・いいえ
7	吐き気がありますか？	はい・いいえ
8	下痢がありますか？	はい・いいえ
9	からだにぶつぶつ(発疹)が出ていますか？	はい・いいえ
10	目が赤く、目やにが多くないですか？	はい・いいえ
11	現在、医療機関に通院をしていますか？（症状： ）	はい・いいえ
12	現在、服薬をしていますか？（薬名： ）	はい・いいえ
13	そのほか気になる症状はありますか？ ※「はい」の場合、具体的にご記入ください	
14	避難所での行動に際し、介護や介助が必要ですか？	はい・いいえ
15	避難所での行動に際し、配慮を要する障がいがありますか？ ※「はい」の場合、障がいの内容をご記入ください	
16	乳幼児と一緒にですか？（妊娠中も含む）	はい・いいえ
17	呼吸器疾患、高血圧、糖尿病、その他の基礎疾患はありますか？ ※「はい」の場合、具体的にご記入ください	
18	てんかんはありますか？	はい・いいえ

（以下は、受付担当者が記入します）

体温	°C	受付者名	
滞在スペース・区画			

※滞在スペース・区画欄には、避難する建物や部屋の名称および区画番号などを記入する