健康状態チェックリスト

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 避難所名 | 氏　名 | 年　齢 |
|  |  |  |

確認日　　　　　　年　　月　　日

体　温　　　　　　　　　　　　℃

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | あなたは新型コロナウイルス感染症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 | 普段よりも熱っぽく感じますか？ | はい ・ いいえ |
| 3 | 呼吸の苦しさ、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？（倦怠感） | 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、目やにが多く出ますか？ | はい ・ いいえ |
| 11 | 現在、医療機関に通院していますか？（症状：　　　　　　　　　　　） | はい ・ いいえ |
| 12 | 現在、服用している薬はありますか？（薬名：　　　　　　　　　　　） | はい ・ いいえ |
| 13 | そのほかに気になる症状はありますか？ | はい ・ いいえ |
| ※「はい」の場合、具体的にご記入ください。 |
| 14 | 避難所では、介護や介助が必要ですか？ | はい ・ いいえ |
| 15 | 避難所において、配慮を要する障がいがありますか？ | はい ・ いいえ |
| ※「はい」の場合、障がいの内容をご記入ください。 |
| 16 | 乳児と一緒ですか？または妊娠をしていますか？ | はい ・ いいえ |
| 17 | 呼吸疾患、高血圧、糖尿病、その他の基礎疾患はありますか？ | はい ・ いいえ |
| ※「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 |

●　受付時の他、毎日、午前中までに健康状態チェックリストのご記入をお願いします。

●　体調が悪くなった場合は、避難所職員に申し出てください。