## **様式５　健康管理チェックリスト（入所時）**

この用紙は、

一般避難者受付 または 発熱・濃厚接触者受付 へ

提出してください

健康管理チェックリスト（入所時）

避難者氏名：

電話番号：　　　（　　　）

体　　温：　　　　　　　　　**℃**

**☆体調不良の方は、いますぐ受付者に申し出てください。**

●問診事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | □ | 感染が確認されていて、自宅療養中でしたか。 |
| 2 | □ | 感染が確認されている人の濃厚接触者で、健康観察中でしたか。 |
| 3 | □ | 過去１４日以内に、新型コロナウイルス感染患者との接触はありましたか。 |
| 4 | □ | 過去１４日以内に、新型コロナウイルス感染患者の流行地域に行きましたか。 |
| 5 | □ | 高熱が現在ありますか。 |
| 6 | □ | 高熱が数日以内にありましたか。 |
| 7 | □ | 強いだるさがありますか。 |
| 8 | □ | 息苦しさ、咳や痰、のどの痛みはありますか。 |
| 9 | □ | においや味を感じにくいですか。 |
| 10 | □ | その他、感染したかもしれないと心配になる症状はありますか。 |

※認定NPO法人全国災害ボランティア支援団体ネットワーク（JVOAD）

　「新型コロナウイルス　避難生活お役立ちサポートブック」を参考に作成

受付者（確認者）：

※サインまたは分かる記号を記入（例：白岡太郎→）