**【様式２】　　　　受付時　健康状態チェックリスト**

**〇太枠内の項目について、ご記入ください。**

受付日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 避難所名 | 氏名 | 年齢 |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **チェック項目** | |
| １ | 新型コロナウイルスの感染症の陽性者と接触がありましたか？  いつ頃（　　年　　月　　日）どこで（場所：　　　　　　　　　） | 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 | 免疫抑制剤や抗がん剤を用いていますか？ | はい・いいえ |
| 14 | その他、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。 | はい・いいえ |
| 15 | 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 |
| 16 | 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、具体的にご記入ください。 | はい・いいえ |
| 17 | 乳幼児と一緒ですか？（妊娠中も含む） | はい・いいえ |
| 18 | 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。 | はい・いいえ |
| 19 | 透析を受けていますか？ | はい・いいえ |
| 20 | てんかんはありますか？ | はい・いいえ |
| 21 | その他、心配なことはありますか？  ※「はい」の場合、具体的にご記入ください。 | はい・いいえ |

受付担当者記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 体温 | ℃ | 受付者名 |  |
| 滞在スペース・　区画 |  | 自宅療養者が避難した場合　　　　ＰＣＲ陽性となった日又は自宅療養開始月日 | 年　　月　　日 |