

【受付時用】 健康確認チェックシート

※ひとり1枚ずつ記入し、総合受付にご提出ください。

氏名	
避難所名	

以下について、該当するものに○をつけてください。

1 あなたは新型コロナウイルスの陽性者で自宅療養中ですか？	はい	いいえ
2 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、健康観察中ですか？	はい	いいえ
3 普段より熱っぽく感じますか？	はい	いいえ
4 呼吸の息苦しさ、胸の痛みはありますか？	はい	いいえ
5 においや味を感じないですか？	はい	いいえ
6 せきやたん、のどの痛みはありますか？	はい	いいえ
7 全身がだるいなどの症状はありますか？	はい	いいえ
8 吐き気がありますか？	はい	いいえ
9 下痢がありますか？	はい	いいえ
10 からだにぶつぶつ（発疹）が出ていますか？	はい	いいえ
11 目が赤く、目やにが多くないですか？	はい	いいえ
12 その他、気になることはありますか？ ※「はい」の場合記入 ()	はい	いいえ
13 あなたの平熱は何℃ですか？	()	℃
14 現在の体温は？（総合受付で伝えられた体温を記入）	()	℃

受付担当使用欄

該当するものに○をつけ、避難者に避難場所を伝えてください。

該当欄に「○」 居住区画番号

すべて「いいえ」に○がついている。		
⇒ 体育館受付へお進みください。		
「1」の「はい」に○がついている。		
⇒ 自宅療養者専用受付へお進みください。		
「2」の「はい」に○がついている。		
⇒ 濃厚接触者専用受付へお進みください。		
「3」～「12」のいずれかの「はい」に○がついている。		
現在の体温が37.5℃以上である。		
⇒ 発熱等有症状者専用受付へお進みください。		