

健康チェックリスト

※ ご自宅で記入し、避難所受付に提出してください。

記入年月日	年 月 日	体 温	℃
氏 名		年 齢	歳
肺炎球菌（はいえんきゅうきん）ワクチン接種		あり なし 不明	

該当する項目に を入れてください。

ゾーニングに関する項目

1	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症が確認されていて自宅隔離中(かかりちゅう)ですか？
2	<input type="checkbox"/>	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健康観察中ですか？
3	<input type="checkbox"/>	過去14日以内に、新型コロナウイルス感染症患者と接触はありましたか？
4	<input type="checkbox"/>	過去14日以内に、新型コロナウイルス感染症の流行地域に行ったことがありますか？
5	<input type="checkbox"/>	発熱（37.5度以上）が数日以内にありましたか？
6	<input type="checkbox"/>	強いだるさがありますか？
7	<input type="checkbox"/>	息苦しさ、咳（せき）や痰（たん）、喉（のど）の痛みはありますか？
8	<input type="checkbox"/>	においや味を感じにくいですか？
9	<input type="checkbox"/>	その他、新型コロナウイルス感染症に感染したかもしれないと心配になる症状はありますか？

持病や要配慮に関する項目

10	<input type="checkbox"/>	介護や介助が必要ですか？
11	<input type="checkbox"/>	障がいがありますか？
12	<input type="checkbox"/>	乳幼児がいますか？（妊娠中も含む）
13	<input type="checkbox"/>	呼吸器疾患、糖尿病、その他の持病はありますか？
14	<input type="checkbox"/>	この他に、心の面も含めて気になる体調の変化はありますか？