# 受付時 健康状態チェックリスト（例）

**●太枠の中の項目についてご記入ください。**

受付日：令和　　年　　月　　日

| 避難所名 |
|---|
| |

| 氏名 | 年齢 |
|---|---|
| | |

| | チェック項目 | |
|---|---|---|
| 1 | 您作为被确诊的新型冠状肺炎患者的浓密接触者，现在健康状况正在被观察中吗？ | はい・いいえ |
| 2 | 与往常比较您感觉发热吗? | はい・いいえ |
| 3 | 感觉呼吸困难，胸闷吗? | はい・いいえ |
| 4 | 您感觉失去了嗅觉或味觉吗？ | はい・いいえ |
| 5 | 有咽喉肿痛，咳痰吗? | はい・いいえ |
| 6 | 有浑身倦怠感吗? | はい・いいえ |
| 7 | 感觉恶心吗? | はい・いいえ |
| 8 | 有没有腹泻? | はい・いいえ |
| 9 | 有没有全身出红疹? | はい・いいえ |
| 10 | 有没有眼睛发红，眼屎增多? | はい・いいえ |
| 11 | 有正在就诊的医院吗?　　(症状:　　) | はい・いいえ |
| 12 | 有正在服用的药品吗?　　(药名:　　) | はい・いいえ |
| 13 | 有没有其他症状? | はい・いいえ |
| | *如果有，具体的请记入 | |
| 14 | 在避难所，行动上需要护理和看护吗? | はい・いいえ |
| 15 | 在避难所，行动上有需要获得特别照顾的残疾吗? | はい・いいえ |
| | *如果有，请记入残疾的内容. | |
| 16 | 和婴幼儿在一起吗？（包括怀孕） | はい・いいえ |
| 17 | 有呼吸器官的疾患，高血压，糖尿病等慢性疾患吗？ | はい・いいえ |
| | *如果有，具体的请记入 | |
| 18 | 有癫痫疾患吗？ | はい・いいえ |

（以下は、受付担当者が記入します）

| 体 温 | ℃ | 受付者名 | |
|---|---|---|---|
| 滞在スペース・区画 | | | |

※滞在スペース・区画欄には、避難する建物や部屋の名称および区画番号などを記入する

出典：避難所における新型コロナウイルス感染症への対応に関するＱ＆Ａ（第2版）について（令和2年7月6日付け、府政防第1327号、消防災第130号、健感発0706第1号、観観産第331号）