〔記入日〕令和　　年　　月　　日

健康チェックシート

新型コロナウイルス感染予防のため、当日の体調を記入し、受付に提出してください。

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　体温　　　　．　　度

|  |  |
| --- | --- |
| ①発熱はありますか | はい　・　いいえ |
| ②息苦しさがありますか | はい　・　いいえ |
| ③強いだるさがありますか | はい　・　いいえ |
| ④咳やたん、のどの痛みはありますか | はい　・　いいえ |
| ⑤においや味を感じにくいですか | はい　・　いいえ |
| ⑥嘔吐や吐き気はありますか | はい　・　いいえ |
| ⑦下痢が続いていますか | はい　・　いいえ |
| ⑧感染が確認されていて自宅療養中でしたか | はい　・　いいえ |
| ⑨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 | はい　・　いいえ |
| ⑩2週間以内に、県外へ往来しましたか | はい　・　いいえ（往来先：　　　　　　　　　　　　） |
| その他、避難所生活で体調上心配なことがあれば、記入してください。 |

※感染予防上必要な場合は、保健所等関係機関へ情報提供させていただくことがあります。