**別記様式　　　　　　　　　健康チェックシート**

　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：令和　　 年 　　月　　 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏 名：

|  |
| --- |
| ○ このチェックシートは，避難所での感染拡大を防止するために行うものです。  ○ 事前受付で「健康チェックシート」を記入し，受付担当者に提出してください。  ○ このチェックシートを参考に，避難所内の居住を区分させていただきます。 |

1. 新型コロナウイルス PCR 陽性で自宅療養中である （ はい ・ いいえ ）

2. 新型コロナウイルス感染者と接触があり，健康観察中である （ はい ・ いいえ ）

3. 以下(1）～(3）の症状がある

　（1）発熱【体温（ ）℃】 （ はい ・ いいえ ）

（2）咳，のどの痛み，息苦しさ，だるさなど 　　 （ はい ・ いいえ ）

（3）味覚・嗅覚異常 （ はい ・ いいえ ）

4．福祉避難スペースの確保が必要な要配慮者

（1）介護や介助が必要である （ はい ・ いいえ ）

（2）妊娠中である （ はい ・ いいえ ）

（2）乳幼児がいる （ はい ・ いいえ ）

5．基礎疾患がある（治療中の病気がある）※下記を○で囲んでください

（1）呼吸器疾患，糖尿病，高血圧，がん，その他（　　　　　　　　　　　　 ）

（2）服用（使用）中の薬を持参している （ はい ・ いいえ ）

（2） 「はい」の場合（薬品名 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| スタッフ記入欄 | | | | | | | | |
| 体温 | | | ℃ | | 避難スペース・【対応】から判断 | |  | |
| 【対応】 | | | | | | | | |
| ゾーン | 状態 | | 判断基準 | | 対応方法 | |
| Ａ | 感染者 | | 上記１に該当 | | 専用のスペース準備。  医療機関搬送のため，保健所に支援依頼 | |
| Ｂ | 濃厚接触者 | | 上記２に該当 | | 専用のスペース準備。保健所に連絡 | |
| Ⅽ | 症状がある人 | | 上記３に該当 | | 専用のスペース準備。保健所に連絡 | |
| Ⅾ | 要配慮者 | | 上記４に該当 | | 専用のスペース準備。社会福祉課へ福祉避難所への移動支援依頼 | |
| Ｅ | その他 | | 上記1～4に  該当しない | | 一般の避難スペースに案内 | |