

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 () °C】 (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	°C	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