

受付チェックシート

記入日： 年 月 日

住所： _____

氏名： _____ 年齢： _____ 才 _____ 連絡先： _____

以下の質問の該当する項目の□にチェックをしてください。

1	現在、新型コロナウイルス感染症の感染が確認されていて自宅療養中ですか？	<input type="checkbox"/>
2	現在、新型コロナウイルス感染症の感染が確認されている人の濃厚接触者または保健所による健康観察中ですか？	<input type="checkbox"/>
3	過去 14 日以内に、海外から帰国又は入国しましたか？	<input type="checkbox"/>
4	高熱（37.5℃以上）が現在ありますか？	<input type="checkbox"/>
5	高熱（37.5℃以上）が3日以内にありましたか？	<input type="checkbox"/>
6	強いだるさがありますか？	<input type="checkbox"/>
7	息苦しさ、咳や痰はありますか？	<input type="checkbox"/>
8	においや味を感じにくいですか？	<input type="checkbox"/>
9	その他、感染したかもしれないと心配になる症状はありますか？	<input type="checkbox"/>

持病や要配慮に関する項目

10	介護や介助が必要ですか？	<input type="checkbox"/>
11	乳幼児がいますか？（妊娠中も含む）	<input type="checkbox"/>
12	呼吸器疾患、高血圧、糖尿病、がん等の持病はありますか？	<input type="checkbox"/>

スタッフ記入欄

体温	℃	避難スペース	
----	---	--------	--

※個人情報については、避難所での新型コロナウイルス感染症対策以外には使用しません。この情報が不要となった時点で、適切に処理いたします。