

(参考)健康チェックシート

(第1受付用)

_____避難所

健康チェックシート

■記入日 _____年 _____月 _____日

■ナマエ(カナ) _____年齢 _____

■町会名 _____

◆現在の健康状態を「はい」「いいえ」のいずれかでおこたえください。

◆その他気になる症状がある場合には、備考欄へ記載してください。

★体調についてお聞きします

1 発熱はありますか (_____ °C)	はい・いいえ
2 息苦しさ(呼吸困難)がありますか	はい・いいえ
3 強いだるさ(倦怠感)がありますか	はい・いいえ
4 咳やたん、のどの痛みがありますか	はい・いいえ
5 嘔吐や吐き気がありますか	はい・いいえ
6 下痢が続いていますか	はい・いいえ
7 味や匂いを感じられない状態ですか	はい・いいえ

★備考欄

通院中・服薬中・介護、介助が必要・配慮する障がいがある・乳幼児と一緒に・呼吸器疾患・高血圧・糖尿病
その他・・・