（別添１）

Ｎｏ．

健　康　調　査　票

※　福祉避難所への避難当日の体調等を記入

※　介助者は、避難者と同伴で避難する場合のみ記入

避難者氏名

介助者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　避難者　　　　　　　介助者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 発熱はありますか【３７．５℃以上】 | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ２ | 鼻水・鼻づまりはありますか | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ３ | せきやたんはありますか | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ４ | のどの痛みはありますか | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ５ | 息苦しさはありますか | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ６ | 胸の痛みはありますか | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ７ | 全身倦怠感（からだがとてもだるい）はありますか | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ８ | 味の感じ方・においの感じ方に異常はありますか | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ９ | 下痢・腹痛はありますか | はい・いいえ | はい・いいえ |
| 10 | 嘔吐・吐き気はありますか | はい・いいえ | はい・いいえ |
|  |  |  |  |
| 11 | 新型コロナウイルス感染症の発症者（発症後、１０日間が経過するまでの方）ですか | はい・いいえ | はい・いいえ |
|  |  |  |  |
| 12 | 糖尿病、心不全、呼吸器疾患（ＣＯＰＤ等）等の基礎疾患がある方や透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方に該当しますか | はい・いいえ | はい・いいえ |