

受付時 健康状態チェックリスト

●太枠の中の項目についてご記入ください。

受付日: 令和 年 月 日

避難所名

氏名	年齢

	チェック項目	
1	あなたは新型コロナウイルスの感染が確認されている人の濃厚接触者で、現在、健康観察中ですか？	はい・いいえ
2	普段より熱っぽく感じますか？	はい・いいえ
3	呼吸の息苦しさ、胸の痛みはありますか？	はい・いいえ
4	においや味を感じないですか？	はい・いいえ
5	せきやたん、のどの痛みはありますか？	はい・いいえ
6	全身がだるいなどの症状はありますか？	はい・いいえ
7	吐き気がありますか？	はい・いいえ
8	下痢がありますか？	はい・いいえ
9	からだにぶつぶつ(発疹)が出ていますか？	はい・いいえ
10	目が赤く、目やにが多くないですか？	はい・いいえ
11	現在、医療機関に通院をしていますか？ (症状:)	はい・いいえ
12	現在、服薬をしていますか？ (薬名:)	はい・いいえ
13	そのほか気になる症状はありますか？ ※「はい」の場合、具体的にご記入ください	はい・いいえ
14	避難所での行動に際し、介護や介助が必要ですか？	はい・いいえ
15	避難所での行動に際し、配慮を要する障がいがありますか？ ※「はい」の場合、障がいの内容をご記入ください	はい・いいえ
16	乳幼児と一緒にですか？(妊娠中も含む)	はい・いいえ
17	呼吸器疾患、高血圧、糖尿病、その他の基礎疾患はありますか？ ※「はい」の場合、具体的にご記入ください	はい・いいえ
18	てんかんはありますか？	はい・いいえ

(以下は、受付担当者が記入します)

体温	℃	受付者名	
滞在スペース・区画			

※滞在スペース・区画欄には、避難する建物や部屋の名称および区画番号などを記入する

避難者カード

避難所名

NO.

①	世帯代表者名		入居年月日	年	月	日	
②	避難の状況	避難所・屋外テント・車中・帰宅困難者・その他					
③	住所						
④	電話番号						
⑤	家族	氏名	性別	年齢	安否確認	自宅の種類 持家・集合住宅 賃貸アパート (施設入所) (その他)	
		世帯代表者名					
						家屋の状況 居住の可否 全壊・半壊・一部損壊 床上浸水・床下浸水 断水・停電・ガス停止	
						車	車種 : ナンバー :
						ペット	有(種類) 無
特記事項 (アレルギー、持病、通院、悩み等)							
⑥	他機関からの問い合わせに対する公表の可否	可 ・ 否					
⑦	退去年月日	年 月 日					
	転出先	住所 〒 電話番号					

避難者健康チェックシート

氏名(ふりがな)	年齢

(避難所名: _____)

体温測定		／ (月)	／ (火)	／ (水)	／ (木)	／ (金)	／ (土)	／ (日)
		朝 °C	朝 °C	朝 °C	朝 °C	朝 °C	朝 °C	朝 °C
		昼 °C	昼 °C	昼 °C	昼 °C	昼 °C	昼 °C	昼 °C
		夜 °C	夜 °C	夜 °C	夜 °C	夜 °C	夜 °C	夜 °C
息苦しさ	★ひとつでも該当すれば「はい」に○ ・息が荒くなった(呼吸数が多くなった) ・急に息苦しくなった ・少し動くと息があがる ・胸の痛みがある ・横になれない・座らないと息ができない ・肩で息をしたり、ゼーゼーする	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
におい・味	においや味を感じない	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
せき・たん	せきやたんがひどい	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
だるさ	全身のだるさがある	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
吐き気	吐き気がある	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
下痢	下痢がある	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
その他	★その他の症状がある ・食欲がない ・鼻水・鼻づまり・のどの痛み ・頭痛・関節痛や筋肉痛 ・一日中気分がすぐれない ・からだにぶつぶつ(発疹)が出ている ・目が赤く、目やにが多い など	はい・いいえ (症状)	はい・いいえ (症状)	はい・いいえ (症状)	はい・いいえ (症状)	はい・いいえ (症状)	はい・いいえ (症状)	はい・いいえ (症状)
チェック欄								