健康チェックリスト

住　　所	氏　名	性別	生 年 月 日
			（　　歳）

該当する□にチェックをしてください。

番号	☑	質　問　内　容
①	□	新型コロナウイルスへの感染が確認されていて自宅隔離中でしたか？
②	□	新型コロナウイルスへの感染が確認されている人の濃厚接触者で、健康観察中でしたか？
③	□	過去14日以内に、新型コロナウイルス感染患者と接触はありましたか？
④	□	過去14日以内に、新型コロナウイルス感染症の流行地域へ行ったことがありましたか？
⑤	□	高熱（37.5℃以上）の熱が現在ありますか？（体温：　　℃）
⑥	□	高熱（37.5℃以上）の熱が数日以内にありましたか？
⑦	□	強いだるさがありますか？
⑧	□	息苦しさ、咳や痰、のどの痛みはありますか？
⑨	□	においや味を感じにくいですか？
⑩	□	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？ （症状：　　）

判断基準	状 態	対　　応
①、②のいずれかにチェックがついた人	感染者 濃厚接触者	医療機関もしくは専用の施設への移動が必要なため、災害対策本部へ連絡する
③～⑩で一つでもチェックがついた人、または、症状がある人の家族など濃厚接触者	症状がある人	発熱者専用スペースへ誘導し、通常避難者と接触しないようにする