

健康管理チェックリスト

受付日時	令和 年 月 日 () 時		
ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所		連絡先	

* 確実に連絡がとれる電話番号を記載してください。

■ 傷病確認

救護の要否	要 ・ 否
-------	-------

■ 感染症確認

1	体温（当日直前に測ったものでも可）	℃
2	体のだるさ・頭痛	ある ・ ない
3	せき・たん・のどの痛み・鼻水	ある ・ ない
4	味覚・嗅覚（きゅうかく）の異常	ある ・ ない
5	嘔吐。下痢	ある ・ ない
6	最近の海外渡航歴・家族や知人で感染が疑われる人と接触	ある ・ ない

■ 受け入れ施設

和室（救護）・C会議室（感染症）・その他

【本紙の個人情報管理】
・避難所傷病/感染症確認及びその対応
以外の目的で使用しない。

