|  |  |
| --- | --- |
| 避難所名 |  |
| 整理番号 |  |
| 氏　　名 |  | 年齢 |  |

入所時における健康状態に関する問診票

◆感染の有無

|  |  |
| --- | --- |
| あなたは感染が確認されていて、自宅で療養中でしたか。 | はい・いいえ |

◆濃厚接触の有無

|  |  |
| --- | --- |
| あなたは新型コロナウイルス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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | 設　問 | 回　答 |
| １ | 発熱はありますか。 | はい・いいえ |
| ２ | 頭痛がありますか。 | はい・いいえ |
| ３ | 鼻水や鼻づまりがありますか。 | はい・いいえ |
| ４ | 息苦しさがありますか。 | はい・いいえ |
| ５ | 味や匂いを感じられない状態ですか。 | はい・いいえ |
| ６ | 咳やたんがありますか。 | はい・いいえ |
| ７ | 全身倦怠感がありますか。 | はい・いいえ |
| ８ | 嘔吐や吐き気がありますか。 | はい・いいえ |
| ９ | 下痢が続いていますか。 | 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 | 体にぶつぶつ（発疹）が出ていますか。 | はい・いいえ |
| １２ | 現在医療機関に通院していますか。（症状：　　　　　　　　　　　　） | はい・いいえ |
| １３ | 現在服薬していますか。（薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | はい・いいえ |
| １４ | その他に気になる症状はありますか。 | はい・いいえ |
| ※「はい」の場合具体的に書いて下さい。 | |
| １５ | 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 |
| １６ | 乳幼児と一緒ですか（妊娠中も含む） | はい・いいえ |
| １７ | てんかんはありますか。 | はい・いいえ |
| １８ | 呼吸器疾患、高血圧、糖尿病、その他基礎疾患はありますか | はい・いいえ |
| ※「はい」の場合、具体的にご記入下さい。 | |
| １９ | 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・いいえ |
| ※「はい」の場合、具体的にご記入下さい。 |  |
|  | |