**健康管理チェックリスト（避難所開設時）**

氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | □ | 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。 |
| ２ | □ | 過去１４日以内に、新型コロナウイルス感染患者との接触はありましたか。 |
| ３ | □ | 過去１４日以内に、新型コロナウイルス感染患者の流行地域注）に行きましたか。 |
| ４ | □ | 高熱が現在ありますか。※検温結果　　　　　℃ |
| ５ | □ | 高熱が数日以内にありましたか。 |
| ６ | □ | 強いだるさがありますか。 |
| ７ | □ | 息苦しさ、咳や痰、のどの痛みはありますか。 |
| ８ | □ | においや味を感じにくいですか。 |
| ９ | □ | 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。 |
| １０ | □ | 障がいがありますか？ |
| １１ | □ | 乳幼児がいますか。（妊娠中も含む） |
| １２ | □ | 呼吸器疾患、糖尿病、その他の持病はありますか？ |
| １３ | □ | この他に、心の面も含めて気になる体調の変化はありますか。 |

※認定ＮＰＯ法人全国災害ボランティア支援団体ネットワーク（JVOAD）

「新型コロナウイルス 避難生活お役立ちサポートブック」を参考に作成

注）緊急事態宣言の対象地や地方自治体から住民に対して不要不急の外出自粛を要請している地域のこと