【受付用】資料４

記入年月日　　　年　　　月　　　日

健康チェックシート

（指定緊急避難場所用）

**・現在の健康状態に係る次の各項目について、［はい］・［いいえ］のいずれかを**

**丸で囲み、受付に提出してください。**

**・また、その他に気になる症状などがある場合には、備考欄に御記入ください。**

感染確認・健康観察中の方

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | はい　・　いいえ | 感染が確認されていて自宅隔離中でしたか？ |
| ２ | はい　・　いいえ | 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？ |

新型コロナウイルス感染症等の症状のある方

（この１～２週間以内に始まった症状があれば「はい」）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３ | はい　・　いいえ | 37.5度以上の熱はありますか、または数日以内にありましたか？ |
| ４ | はい　・　いいえ | ひどい咳はありますか？ |
| ５ | はい　・　いいえ | 下痢をしていますか？（1日複数回） |
| ６ | はい　・　いいえ | においや味を感じにくいですか？ |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考欄 | （その他気になる症状など） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　18