

避難所名 \_\_\_\_\_

## 健康チェックカード

記入日時 月 日(午前・午後) 時 分

お名前 \_\_\_\_\_

携帯電話番号 \_\_\_\_\_  
(なければ自宅の電話番号)

現在の体調を記入し、受付に渡してください。

発熱(37.5度以上)はありますか	はい(体温 °C )・いいえ
息苦しさがありますか	はい・いいえ
味や匂いを感じられない状況ですか	はい・いいえ
咳やたんがありますか	はい・いいえ
全身倦怠感がありますか	はい・いいえ
嘔吐や吐き気がありますか	はい・いいえ
下痢が続いていますか	はい・いいえ