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　　　℃　）・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 |
| 全身倦怠感はありますか | はい・いいえ |
| 嘔吐や吐き気はありますか | はい・いいえ |
| 下痢が続いていますか | はい・いいえ |