資料１

**事前受付　健康チェックシート**

記入日：　　　　年　　月　　日

氏　名：

○このチェックシートは、避難所での感染拡大を防止するために行うものです。

○事前受付で「健康チェックシート」を記入し、受付担当者に提出してください。

○このチェックシートを参考に、避難所内の居住を区分させていただきます。

1. 新型コロナウイルス感染症患者で自宅療養中である　 　 （　はい ・ いいえ　）

2. 以下（1）～（3）の症状がある

（1）発熱【体温（　　　　　）℃】 　　　　　　　　　　　（　はい ・ いいえ　）

（2）咳、咽頭痛、息苦しさ、倦怠感など 　　　　　　　　　（　はい ・ いいえ　）

（3）その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3．福祉避難スペースの確保が必要な要配慮者

（1）介護や介助が必要である　　　　　　　　　　　　　　　（　はい ・ いいえ　）

（2）妊娠中である　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　はい ・ いいえ　）

（3）乳幼児がいる　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　はい ・ いいえ　）

　4．基礎疾患がある（治療中の病気がある）※下記を○で囲んでください

【呼吸器疾患、糖尿病、高血圧、がん、その他（　　　　　　　　　　　　　　　）】

　　　　服用（使用）中の薬を持参している　　　　　　　　　　（　はい ・ いいえ　）

　「はい」の場合（薬品名　　　　　　　　　　　　　　　）

【対応】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ｿﾞｰﾝ | 状態 | 判断基準 | 対応方法 |
| A | 患者 | 上記1に該当する（検査陽性者） | 専用の部屋（スペース）を準備 |
| B | 症状がある人 | 上記2に１つでも該当する（検査陰性or未検査で、症状あり） | 専用の部屋（スペース）を準備 |
| C | 要配慮者 | 上記3に該当し、1～2のいずれにも該当しない | 専用の部屋を準備（又は一般避難スペースに福祉避難スペースを確保）し、福祉避難所への移動支援を依頼 |
| D | その他 | 上記1～3のいずれにも該当しない | 一般の避難スペースに案内 |