様式１６

**健康状態チェックカード**

避難所に避難される方は、事前にこのチェックカードに現在の体調等について記入し、避難所の受付に渡してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 避難者氏名 | 例）御嵩　太郎 |  |  |  |  |  |
| 発熱はありますか？ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ |
| 息苦しさがありますか？ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ |
| 味や匂いを感じられない  状態ですか？ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ |
| 咳やたんがありますか？ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ |
| 全身に倦怠感（だるさ）  がありますか？ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ |
| おう吐や吐き気が  ありますか？ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ |
| 下痢が続いていますか？ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ | はい ・ いいえ |
| 肺炎球菌ワクチンの  接種をしていますか？ | はい ・ いいえ  不明 | はい ・ いいえ  不明 | はい ・ いいえ  不明 | はい ・ いいえ  不明 | はい ・ いいえ  不明 | はい ・ いいえ  不明 |

記入日：令和　　　年　　　月　　　日