

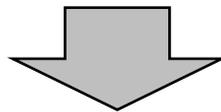
健康管理チェックリスト（入所時）

避難者氏名： _____

確認者： _____

●入所にあたっての問診事項

| No. | ☑ | 問 診 事 項 |
|-----|--------------------------|--------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 感染が確認されていて、自宅療養中でしたか。 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 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。 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 過去 14 日以内に、新型コロナウイルス感染患者との接触はありましたか。 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 高熱が現在ありますか。 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 高熱が数日以内にありましたか。 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 強いだるさがありますか。 |
| 7 | <input type="checkbox"/> | 息苦しさ、咳や痰、のどの痛みはありますか。 |
| 8 | <input type="checkbox"/> | においや味を感じにくいですか。 |
| 9 | <input type="checkbox"/> | その他、感染したかもしれないと心配になる症状はありますか。 |



【健康管理チェックリストによる居住エリア振り分け】

| チェックリストの項目と対応 | 居住エリア | 健康状態 |
|---|-------|---------|
| どの項目にもチェックがついていない ⇒一般区画（居住エリアA）に案内 | A | 健 康 |
| 2～9に一つでもチェックがある ⇒隔離区画（居住エリアB）に案内 ※自宅等が安全であれば避難所以外の避難方法（自宅、親族、友人宅等）を勧め、それらが困難な場合には居住エリアBに案内する。 | B | 感染疑い症状等 |
| 1にチェックがある ⇒坂戸保健所（Tel049-283-7815）に連絡し、保健所の指示に従ってください。 （宿泊療養施設に避難することとなります） | なし | 感染者 |