

資料 5

受付チェックシート

記入日： 年 月 日

住 所： (世帯の代表者のみ記入)

連絡先： (世帯の代表者のみ記入)

氏 名： 年齢： 才

以下の質問の該当する項目の□にチェックをしてください。

1	感染が確認されていて自宅療養中でしたか？	<input type="checkbox"/>
2	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？	<input type="checkbox"/>
3	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？	<input type="checkbox"/>
4	高熱（37.5℃以上）の熱が現在ありますか？	<input type="checkbox"/>
5	高熱（37.5℃以上）の熱が数日以内にありましたか？	<input type="checkbox"/>
6	強いだるさがありますか？	<input type="checkbox"/>
7	息苦しさ、咳や痰、のどの痛みはありますか？	<input type="checkbox"/>
8	においや味を感じにくいですか？	<input type="checkbox"/>
9	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？	<input type="checkbox"/>
10	介護や介助が必要ですか？	<input type="checkbox"/>
11	障がいがありますか？	<input type="checkbox"/>
12	乳幼児がいますか？（妊娠中も含む）	<input type="checkbox"/>
13	呼吸器疾患、糖尿病、その他の持病はありますか？	<input type="checkbox"/>

スタッフ記入欄

体温	℃	施設名	
----	---	-----	--