

## 健康チェックリスト

日 時： \_\_\_\_\_

避難者名： \_\_\_\_\_

No	チェック項目	チェック
1	「熱っぽい」と感じますか？	はい・いいえ
2	「頭痛」はありますか？	はい・いいえ
3	「鼻水」が多く出ますか？	はい・いいえ
4	「咳」はひどく出ますか？	はい・いいえ
5	「痰」がひどく出ますか？	はい・いいえ
6	「喉」が痛みますか？	はい・いいえ
7	「息切れ」はありますか？	はい・いいえ
8	「筋肉痛・関節痛」はありますか？	はい・いいえ
9	「下痢・吐き気」はありますか？	はい・いいえ
10	「味覚障害」はありますか？	はい・いいえ