

問 診 表

日 時： _____

避難者名： _____

| No | チェック項目 | チェック |
|----|---|--------|
| 1 | 家族や知人に新型コロナウイルス感染者はいますか？いましたか？ | はい・いいえ |
| 2 | 家族知人等に「原因不明の発熱」をした人はいますか？ | はい・いいえ |
| 3 | 家族・知人に「倦怠感」「味覚障害」を訴える人はいますか？ | はい・いいえ |
| 4 | 家族・知人に「原因不明の体調不良者」はいますか？ | はい・いいえ |
| 5 | 風邪の症状が4日以上続いていますか？ | はい・いいえ |
| 6 | 1週間以内に、新規感染者が10人を超える地域へ行きましたか？ または、行ったことがある家族・知人はいますか？ | はい・いいえ |