

【健康状態チェックシート】

記入日: 令和 年 月 日 ()

氏 名: _____

問診事項について: 「はい・いいえ」の該当する方を○で囲んでください。

※「避難所における感染対策マニュアル」(新型コロナウイルス等の院内感染制御に関する研究 研究班、2011.3)を基に作成

No.	問 診 事 項	回 答	
1	熱(37.5度以上)がある、または熱っぽいですか？	はい (°C)	いいえ (°C)
2	上気道炎症状がありますか？ (咳・鼻汁・喉頭痛など)	はい	いいえ
3	インフルエンザのような症状がありますか？ (全身がだるい・寒気・頭痛・関節痛・筋肉痛など)	はい	いいえ
4	咳があり、血の混ざった痰が出ますか？	はい	いいえ
5	身体にぶつぶつ(発疹)がでていますか？	はい	いいえ
6	身体にぶつぶつ(発疹)がでていて、痛みがありますか？	はい	いいえ
7	唇や口の周りにぶつぶつ(発疹)がでていて、痛みがありますか？	はい	いいえ
8	首がかたい感じがしたり、痛かったりしますか？	はい	いいえ
9	下痢便が出ますか？ (水のような便・やわらかい便・形のない便・噴出するような便など)	はい	いいえ
10	嘔吐や吐き気がありますか？	はい	いいえ
11	おなかが痛く、便に血が混ざっていますか？	はい	いいえ
12	目が赤く、目やにが出ていますか？	はい	いいえ
13	創(傷)などがあり、膿がでたり、赤かったり、腫れていたり、痛かったりしていますか？	はい	いいえ
14	小児(12歳)以下ですか？	はい (歳)	いいえ

* 以下は初回評価のみ

15	この3か月間に入院した事があり、多剤耐性菌(MRSAなど)があると言われましたか？	はい	いいえ
16	抗菌薬を飲んでいますか？(感染症の治療を受けている)	はい	いいえ
	はい⇒ (なにを: _____)		
17	被災後、予防注射を受けましたか？	はい	いいえ
	はい⇒ (いつ: _____ なにを: _____)		