

災害時用避難所受付チェックシート

受付チェックシート (Reception check sheet)			
受付日： 年 月 日	和合町： 部 組 班		
Reception Day: Year Month Day	Wago-cho: Department Set Group		
住所： Address:			
氏名： Full Name:	年齢： Age:	連絡先： Contact Information:	
1) 高熱（37.5℃以上）の熱が現在ありますか？	ある	ない	
1) Do you currently have high fever? (37.5°C or higher)	Yes	No	
2) 高熱（37.5℃以上）の熱が数日以内にありましたか？	ある	ない	
2) Did you have a high fever within a few days? (37.5°C or higher)	Yes	No	
3) 強いだるさがありますか？	ある	ない	
3) Do you have a strong dullness?	Yes	No	
4) 息苦しさ、咳や痰、のどの痛みはありますか？	ある	ない	
4) Do you have suffocation, a cough and a sputum, sore throat?	Yes	No	
5) においや味を感じにくいですか？	ある	ない	
5) Is it hard to feel a smell and taste?	Yes	No	
6) 持病はありますか？	ある	ない	
6) Do you have a chronic disease?	Yes	No	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 5px;"> <p>呼吸器疾患、糖尿病、心臓病、透析をしている その他 Respiratory disease, diabetes, heart disease, dialysis, etc</p> </div>			
		スタッフ記入欄	Staff entry field
体温： Body Temperature	℃	避難スペース： Evacuation Space	