

# ノート コロナ NO!te

まわりのみんなも幸せに…  
今だからできること。



自分の行動をふり返るにも、受診する必要が出てきたときにも、この記録はきっと役に立ちます。  
今できることをコツコツ積み重ねていく“コロナ対策”はじめてみませんか？

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

勤務先・学校 \_\_\_\_\_

病歴・服薬 \_\_\_\_\_

家族構成 \_\_\_\_\_

3密（密閉、密集、密接）を避けましょう！

月 日 ( )

検温	におい 味	咳・痰	倦怠感	解熱剤 の服用	マスク 着用	勤務
℃	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	内勤 外勤
時間 /	場所		誰と			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
メモ						

月 日 ( )

検温	におい 味	咳・痰	倦怠感	解熱剤 の服用	マスク 着用	勤務
℃	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	内勤 外勤
時間 /	場所		誰と			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
メモ						

月 日 ( )

検温	におい 味	咳・痰	倦怠感	解熱剤 の服用	マスク 着用	勤務
℃	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	内勤 外勤
時間 /	場所		誰と			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
メモ						

月 日 ( )

検温	におい 味	咳・痰	倦怠感	解熱剤 の服用	マスク 着用	勤務
℃	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	内勤 外勤
時間 /	場所		誰と			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
メモ						

月 日 ( )

検温	におい 味	咳・痰	倦怠感	解熱剤 の服用	マスク 着用	勤務
℃	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	内勤 外勤
時間 /	場所		誰と			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
メモ						

月 日 ( )

検温	におい 味	咳・痰	倦怠感	解熱剤 の服用	マスク 着用	勤務
℃	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	内勤 外勤
時間 /	場所 /		誰と			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
メモ						

月 日 ( )

検温	におい 味	咳・痰	倦怠感	解熱剤 の服用	マスク 着用	勤務
℃	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	内勤 外勤
時間 /	場所 /		誰と			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
メモ						

月 日 ( )

検温	におい 味	咳・痰	倦怠感	解熱剤 の服用	マスク 着用	勤務
℃	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	内勤 外勤
時間 /	場所 /		誰と			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
メモ						

月 日 ( )

検温	におい 味	咳・痰	倦怠感	解熱剤 の服用	マスク 着用	勤務
℃	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	内勤 外勤
時間 /	場所 /		誰と			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
:	/		/			
メモ						

## 淡路島の 新型コロナウイルス感染症の 医療相談窓口

**以下の場合、ただちにご相談下さい。**

- 息苦しさ、強いだるさ、高熱等の強い症状のいずれかがある
- 重症化しやすい方で、発熱や咳など比較的軽い症状がある  
※高齢者や糖尿病、心不全や呼吸器疾患等の基礎疾患がある方、透析を受けている方、  
免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方
- 発熱や咳など比較的軽い風邪の症状が続いている

◆兵庫県 24時間対応コールセンター (予防・検査・医療に関するご相談)  
電話: 078-362-9980・FAX: 078-362-9874

◆洲本健康福祉事務所 (平日9時00分~17時30分)  
電話番号: 0799-26-2062 (健康管理課)

## 連絡するときは、落ち着いて、 以下のことを伝えてください。

熱がありますか? それはいつからですか?	( )℃ ( )月( )日ごろから
咳がでたり、息苦しいですか? それはいつからですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( )月( )日ごろから
からだに強いだるさがありますか? それはいつからですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( )月( )日ごろから
ほかの症状や治療中の 病気がありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( )
過去14日以内に海外にいきましたか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (国の名前: )
過去14日以内に、 感染した人や疑いがある人と 会話や食事をしましたか? また、その可能性がありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ( )月( )日ごろ