同志社大学心理臨床センター　健康チェックシート

ご記入日：　　年　　月　　日　　お名前：

当センターでは、新型コロナウイルス感染予防のため、来所されたすべての方に健康チェックを実施しています。ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。
37.0℃以上の発熱が認められた場合や、健康チェックの結果によっては、当日の面接中止をお願いする場合がございます。あらかじめご了承ください。

１）来所時体温　　（　　）℃　**※センタースタッフ記入**

２）本日から過去 14 日以内に、ご自身に該当する症状があれば、チェック（☑）してください。

☐ 過去 14 日以内に 37.0℃以上の発熱があった
☐ 咳が出る
☐ 鼻水、あるいは痰が出る
☐ 頭が痛い
☐ 喉が痛い、あるいは喉が腫れている
☐ 倦怠感（だるさ）がある
☐ 悪寒がする
☐ 関節が痛い
☐ 胸が痛い
☐ 呼吸が苦しい
☐ お腹が痛い、あるいは下痢をしている
☐ 嘔吐した、あるいは吐き気がある
☐ 味がわからない、あるいは匂いがわからない

３）該当する項目があれば、チェック（☑）し、必要事項を記入してください。

☐ 本日から過去 14 日以内に、同居人や身近な人（職場や学校等）に、上記２）に記載の症状があった
⇒☑の場合　　（どなたにどのような症状がありましたか：　　）

☐ 本日から過去 14 日以内に新型コロナウイルス陽性になった方との接触があった
⇒☑の場合　　（接触日：　　／接触した場所：　　／接触者との関係：　　）

☐ 本日から過去 14 日以内に、ご自身が保健所から自宅待機を指示された、あるいは濃厚接触者と指定された

☐ 本日から過去 14 日以内に、同居人や身近な人（職場や学校等）が、自宅隔離を要請された、あるいは濃厚接触者と指定された

☐ 本日から過去 14 日以内に、ご自身に、海外渡航歴がある
⇒☑の場合　　（帰国日：　　／国名・都市名：　　）

☐ 本日から過去 14 日以内に、同居人や身近な人（職場や学校等）に、海外渡航歴がある
⇒☑の場合　　（帰国日：　　／国名・都市名：　　）

★ありがとうございました。ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。★