

新型コロナウイルス感染症 セルフチェックシート

東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室

*以下の項目について該当がないことを確認し、その場合にはボックスにチェックマークを入れて、ご署名の上、来談時にお持ちください。チェックマークの入らない項目が1つでもある場合は、事前にお電話でご相談ください。

● 症状

○最近2週間で、以下のような症状がありましたか？

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 37.5度以上の発熱 | なし |
| 嗅覚、味覚の異常（匂いや味がわからない） | <input type="checkbox"/> |
| 全身の異様なだるさ | <input type="checkbox"/> |
| 空咳 | <input type="checkbox"/> |
| 安静時の息苦しさ（横になって安静にしても息苦しさがある） | <input type="checkbox"/> |
| からだの痛み | <input type="checkbox"/> |

● 接触歴

○最近2週間で、以下のことはありましたか？

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 新型コロナウイルスが陽性と診断された人との接触、あるいは間接的な接触 | なし |
| 自分や家族の海外への往来 | <input type="checkbox"/> |
| 多くの人が集まるイベントへの参加、多人数での会食への出席 | <input type="checkbox"/> |
| 同じ職場・学校等の中で、発熱、咳、嗅覚・味覚異常等の症状が出た人がいた | <input type="checkbox"/> |

以上の項目について該当いたしません。

年 月 日

氏名 _____ (自署)