

健康管理チェックリスト

安心して当センターをご利用いただくために、健康管理チェックリストにご協力をお願いします。以下の項目にご記入いただき、面接開始時に担当者にお渡し下さい。

記入日 令和2年 月 日

記入者名 _____

○朝の体温 ____ . ____ 度 ○現在の体温 ____ . ____ 度

○以下の症状が (ある ない) あてはまるものに

せき のどの痛み くしゃみ 鼻水 痰 息切れ 息苦しさ

胸の痛み 身体の重だるさ (倦怠感) 頭痛 関節痛や筋肉痛

嗅覚障害(臭いがわからない・感じにくくなっている・普段より敏感に感じる)

味覚障害(味がわからない・わかりにくい・普段より敏感にわかる)

腹痛・下痢 食欲不振

解熱剤や鎮痛剤・風邪薬の服用は (ない ある…最終服用 月 日 時頃)

その他 (_____)

ご協力ありがとうございました。

京都文教大学心理臨床センター