**復職時　自己チェックリスト　＜対象：COVID‐19感染の回復者＞**

氏名　　　　　　　年齢　　　事業所　　　　　　部署　　　　　　　職種

発症日　　　　年　　月　　日　　　　　記載日　　　　　年　　　　月　　　　日

A）現在健康状態について当てはまる項目に〇をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ①何かするとすぐに疲れる | ・はい　　　　　　　・いいえ |
| ②体がだるい | ・はい　　　　　　　・いいえ |
| ③呼吸苦・息苦しさがある、 | ・はい　　　　　　　・いいえ |
| ④咳が続く | ・はい　　　　　　　・いいえ |
| ⑤胸の痛みや違和感がある | ・はい　　　　　　　・いいえ |
| ⑥物忘れしやすい | ・はい　　　　　　　・いいえ |
| ⑦思考力・集中力が低下している | ・はい　　　　　　　・いいえ |
| ⑧不安や憂鬱気分がある | ・はい　　　　　　　・いいえ |
| ⑨夜寝られない | ・はい　　　　　　　・いいえ |
| ⑩脱毛がある | ・はい　　　　　　　・いいえ |
| ⑪嗅覚障害がある | ・はい　　　　　　　・いいえ |
| ⑫味覚障害がある | ・はい　　　　　　　・いいえ |
| （その他：気になる心身の状態があったらお書きください） |

B）過去30日間の間に以下がどのぐらいの頻度で当てはまりますか。〇を付けてください

|  |  |
| --- | --- |
|  | １，全くない、２，少しだけ、３，ときどき４，たいてい、５，いつも |
| １，神経過敏に感じましたか | １，　２，　３，　４，　５ |
| ２，絶望的だと感じましたか | １，　２，　３，　４，　５ |
| ３，そわそわ、落ち着きがなく感じましたか | １，　２，　３，　４，　５ |
| ４，気分が沈んで、何がおこっても気が晴れないように感じましたか | １，　２，　３，　４，　５ |
| ５，何をするのも骨折りだと感じましたか | １，　２，　３，　４，　５ |
| ６，自分は価値がない人間だと感じましたか | １，　２，　３，　４，　５ |

その他復帰に関して（職場、仕事内容、人間関係など）気になることあればご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

＊ご相談したいことあれが、○○○○にご連絡ください。秘密厳守でご相談を受けます。

（連絡先）○○○○