

新型コロナ後遺症受診チェックシート

氏名： _____

受診日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○後遺症の元となる新型コロナウイルス感染症について

患者ID： _____

陽性判明日
(検査結果が出た日) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

後遺症の症状出現日
令和 _____ 年 _____ 月頃

○陽性後の療養先

自宅療養 ホテル療養 入院

○新型コロナワクチン接種

未接種 接種回数 (_____ 回) ・ 最終接種日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

○後遺症が疑われる症状について

| 主な症状 | 発症時の症状 | 持続している症状は 現在も続いていますか | 現在の症状の程度 (スコア) 1 から 5 より選んでください | | | | |
|---------------|--------|-------------------------|------------------------------------|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| 息苦しさ | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 咳 | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 動悸・息切れ | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 胸痛 | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 疲労感・倦怠感 | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 不眠 | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 気分の落ち込み | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 思考力の低下・物忘れ | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 頭痛 | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 筋肉痛 | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 関節痛 | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 発熱 | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 脱毛 | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 嗅覚障害 | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 味覚障害 | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| その他 (_____) | 有・無 | 有 (月 日頃から) ・ 時々 ・ 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

[メモ]