

# 新型コロナウイルス感染後遺症外来問診票

フリガナ：  
 お名前：  
 診察券番号： ー  
 生年月日： 年 月 日生  
 性別： 男 ・ 女

記入日： 年 月 日

- 1) 発症日 年 月 日  
 退院・療養終了日 年 月 日  
 (保健所による療養終了日)

2) 新型コロナウイルス感染後、どのような症状が出現、悪化しましたか？

- ①感染後に出現したものは○で囲んでください。  
 ②感染前からあって、感染後に悪化したものは△で囲ってください。

	なし	ごく少し	少し	結構	かなり	非常に
例) かゆみ	0	1	2	△3	4	5

	なし	ごく少し	少し	結構	かなり	非常に
だるさ	0	1	2	3	4	5
微熱	0	1	2	3	4	5
呼吸が苦しい	0	1	2	3	4	5
咳	0	1	2	3	4	5
動悸	0	1	2	3	4	5
脈が乱れる	0	1	2	3	4	5
のどの痛み	0	1	2	3	4	5
関節痛	0	1	2	3	4	5
食欲不振	0	1	2	3	4	5
吐き気	0	1	2	3	4	5
頭がぼーっとする	0	1	2	3	4	5
思考力低下	0	1	2	3	4	5
すぐ疲れる	0	1	2	3	4	5
寒気	0	1	2	3	4	5
息切れ	0	1	2	3	4	5
痰	0	1	2	3	4	5
胸痛	0	1	2	3	4	5
口の乾燥	0	1	2	3	4	5
筋肉痛	0	1	2	3	4	5
体重減少	0	1	2	3	4	5
下痢	0	1	2	3	4	5
集中力低下	0	1	2	3	4	5
記憶力異常	0	1	2	3	4	5

裏もあります→

→続きです

	なし	ごく 少し	少し	結 構	か な り	非 常 に
頭が重い	0	1	2	3	4	5
睡眠障害	0	1	2	3	4	5
抑うつ気分	0	1	2	3	4	5
味覚異常	0	1	2	3	4	5
目の充血	0	1	2	3	4	5
脱毛	0	1	2	3	4	5

	なし	ごく 少し	少し	結 構	か な り	非 常 に
頭痛	0	1	2	3	4	5
気力低下	0	1	2	3	4	5
不安感	0	1	2	3	4	5
嗅覚異常	0	1	2	3	4	5
目の乾燥感	0	1	2	3	4	5
皮膚異常	0	1	2	3	4	5

3) 上記以外で、出現または悪化した症状があれば御記載ください。

4) その他、心配なことがあれば御記載ください。

予約日に受付へご提出ください。

第二川崎幸クリニック 新型コロナ後遺症外来