

新型コロナ後遺症受診チェックシート

○ 後遺症の元となる新型コロナウイルス感染症について（それぞれの項目の日付を御記入ください。不明な場合はわかる範囲で御記入ください。）

検査日
(検体を採取した日)

陽性判明日
(検査結果が出た日)

療養終了日
(行動制限の解除日)

○ 後遺症が疑われる症状について

	主な症状	受診先となる 近隣の医療機関の 診療科	症状の程度（スコア） 日常生活への支障が始める基準を3として、 その度合いの強弱を5段階から選んでください。 	症状が継続している期間 症状が、概ねいつごろから始まったか記入し、 そこから現在まで約何週間続いているかご記入ください 例) 7月上旬から12週間
A	息苦しさ 咳 動悸	内科	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・中・下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
B	だるさ・倦怠感 頭痛 体がふわふわするめまい	内科	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・中・下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
C	不眠 気分の落ち込み 思考力の低下	精神科 心療内科	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・中・下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
D	頭髮の脱毛 その他の皮膚症状	皮膚科	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・中・下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
E	目がぐるぐる回るめまい 嗅覚障害 味覚障害（口・喉の違和感）	耳鼻咽喉科	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・中・下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間



次の全ての項目に☑がいたら、症状に合わせた近隣の医療機関の受診を御検討ください。

- 後遺症の元となる新型コロナウイルス感染症の療養期間が既に終了している。
- もっとも気になる症状のスコアが3以上（日常生活に支障が出始める程度）になっている。
- スコアが3以上の症状が、4週間以上継続している。