

# コロナ後遺症外来問診票

ID: \_\_\_\_\_

記入日 20 年 月 日

お名前	生年月日 大正 昭和 平成 令和 西暦			
	年	月	日生	歳
<u>新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の経過について</u> 発症日 年 月 日 感染経路(職場、通勤・通学、家族から、飲食・旅行など ) どんな治療をしましたか?(○を付けてください) 無症状・自宅療養・ホテル療養・入院治療・酸素投与・点滴治療・その他( ) どんな症状がありましたか?(○をつけてください) 発熱・咳・たん・鼻水・咽頭痛・呼吸困難・頭痛・倦怠感・関節痛・胸痛・吐き気・腹痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害 その他(酸素飽和度低下など ) 療養終了日 年 月 日(保健所による療養終了日)				
<u>現在困っている症状で当てはまるものに○をつけてください</u> 微熱・咳・たん・息切れ・鼻づまり・咽頭痛・嗅覚障害・味覚障害・倦怠感・疲れやすさ・寒気・関節痛・筋肉痛・体重減少 食欲低下・意欲低下・集中力低下・不眠・抑うつ気分・記憶力低下・頭痛・胸痛・動悸・脈が乱れる・めまい・目の充血 脱毛・アレルギー症状・その他( )				
新型コロナワクチン 未接種 接種済 最終( )回目( 年 月 日)				
<u>今までにかかった病気・手術</u>  <u>現在治療中の病気</u>  普段使用している薬・サプリメントなど お薬手帳・コピー(あり なし)				
<u>アレルギー</u> あり・なし (具体的に )				
<u>日常生活について記入してください</u> ① 同居:【 】人暮らし、同居者【親・兄弟・配偶者・子・その他 】 ② 職業:勤務形態【無職・サラリーマン・自営業・学生・専業主婦/夫・他 】、 業種【 】職務内容・通勤方法なども具体的に ③ 飲酒:(飲まない 禁酒中 飲む)→【 歳～ 歳】、種類【 】、【 】合・ml/日、週【 】回 ④ 喫煙:(吸わない 禁煙中 吸う)→【 歳～ 歳】、【 】本/日 ⑤ 生活上の問題:社会経済的(医療費・生活費・仕事) 介護(歩行・転倒・排尿・物忘れ)、その他【 】 ⑥ 特別な配慮:性自認や宗教上の配慮など→具体的に【 】				
<u>連絡先(できるだけ2か所記入してください)</u> 本人の自宅以外の電話番号:【 】 ※緊急時にお呼び出しすることがあります 1. 氏名 _____ 続柄( ) 電話番号: 2. 氏名 _____ 続柄( ) 電話番号:				
<u>職員記入欄</u> 身長 cm 体重 kg 血圧 / 脈拍 /分[整・不整] 呼吸 /分 SpO2 % 体温 °C				