

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
【職員記入欄】	身長(cm)	体重(kg)		
	血圧(/)	脈拍(/分[整・不整])	呼吸(/分)	SpO2(%) 体温(°C)

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の経過について

発症日 年 月 日

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()

療養終了日 年 月 日(保健所による療養終了日)

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

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・脱毛・胸痛・動悸・脈が乱れる・目の充血

その他()

新型コロナワクチン 未接種 接種済 1回目(月 日)・2回目(月 日) ファイザー ・ モデルナ

今までにかかった病気・手術

現在治療中の病気

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)

アレルギー あり ・ なし

(「あり」の場合は具体的に)

日常生活について記入してください

- ① 同居:【 】人暮らし、同居者【親・兄弟・配偶者・子・その他 】, 病弱な方【いる いない】
- 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【 】
- 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【 】

連絡先(できるだけ2か所記入してください)

本人の緊急連絡先:【 】 ※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: _____