

コロナ後遺症外来問診票

記入日 令和 年 月 日 ()

ID: _____

ふりがな
お名前: _____ (男・女・その他 ())

生年月日: _____ 年 月 日 (歳)

1. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)

もしくはコロナワクチン接種後の経過について

■ 発症日 _____ 年 月 日

■ どんな治療をしましたか? (○をつけて下さい)

無症状 ・ 自宅療養 ・ ホテル療養 ・ 入院療養

酸素投与 ・ 点滴治療 ・ その他 ()

■ どんな症状がありましたか? (○をつけて下さい)

発熱 ・ 咳 ・ 痰 ・ 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 (保健所指示による療養終了日)

2. 現在困っている症状で当てはまるものに○をつけて下さい。

微熱 ・ 咳 ・ 痰 ・ 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 ()

3. 新型コロナワクチン接種歴を教えてください。

- 未接種 ・ 接種済
- 接種済みの方 ファイザー ・ モデルナ ・ 不明
1回目 (年 月 日) 2回目 (年 月 日)
3回目 (年 月 日) 4回目 (年 月 日)

4. 今までにかかった病気・手術があれば教えてください。

- 病名・手術名 () いつ頃 (年 月)

- 現在治療中の病気等
()

- 普段使用している薬・サプリメント等
()

- お薬手帳またはコピーはお持ちですか? (はい ・ いいえ)

5. アレルギーはございますか? (はい ・ いいえ)

具体的に教えてください。

()

6. 日常生活について記入して下さい。

- 同居 ・ 一人暮らし
- 同居とお答えの方は、家族構成をご記入下さい。
()
- 同居中の方に病気の方はいらっしゃいますか? (いる ・ いない)
→ ご家族のどなたですか? ()
- ご職業を教えてください。
無職 ・ サラリーマン ・ 自営業 ・ 学生
専業主婦/夫 ・ その他 ()
- 差し支えなければ、業種も教えてください。
()

2枚目に続きがございますのでご記入ください。

■ お酒は飲みますか？（ 飲まない ・ 飲む ・ 飲んでいた ）

→飲む・飲んでいたとお答えの方は以下にもお答え下さい。

① お酒を飲んでいたのは何歳頃ですか？（ 歳から 歳）

② よく飲まれる・飲んでいたお酒の種類
（ ）

③ どのくらい飲まれますか？（飲んでいましたか？）
（ 合/ml） ・ （ 頻度 毎日 ・ 週 日）

■ タバコは吸いますか？（ 吸わない ・ 吸う ・ 吸っていた ）

→飲む・飲んでいたとお答えの方は以下にもお答え下さい。

① 喫煙をしていたのは何歳頃ですか？（ 歳から 歳）

② どのくらいタバコを吸いますか？（吸っていましたか？）
（ 本/日）

■ 生活上の不安や問題はありますか？

① 社会的・経済的問題（ 医療費 ・ 生活費 ・ 仕事/学校生活 ）

② ご家庭での問題（ 介護 ・ 転倒 ・ 排尿 ・ 物忘れ ）

③ その他（些細なことでも何でも構いません。）
（ ）

④ 特別な配慮・知っておいてほしいこと等（例：性自認や宗教等なんでも）
（ ）

7. 連絡先（できるだけ2か所記入して下さい。）

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ございます。

1. 氏名（ ）続柄（ ）電話番号：（ - - ）

2. 氏名（ ）続柄（ ）電話番号：（ - - ）

8. 当院の後遺症外来を何でお知りになりましたか？（ ）

職員記入欄

身長（ cm） 体重（ kg） 血圧（ / ）【整・不整】

呼吸（ /分） SpO2（ %） 体温（ °C）