新型コロナ後遺症外来　問診票

患者氏名：　　記入日；　年　月　日　　体温　　℃

1. **いつ新型コロナに罹患しましたか。**

   発症日：　　年　月　日　　検査陽性日：　　年　月　日

2. **現在、困っている症状は何ですか。**

   ・倦怠感　・慢性咳嗽　・頭痛　・うつ気分　・集中力低下
   ・呼吸苦　・動悸　・食欲不振　・味覚障害　・嗅覚障害
   ・耳鳴　・めまい　・微熱　・咽頭違和感　・睡眠障害
   ・腹痛　・下痢　・全身痛　・脱毛　・その他（　　）

3. **現在の日常生活の状態について**

   ・起床　（・問題なし　・起きるのがつらい　・起きられない）
   ・食事　（・食欲あり　・半分程度　・ほとんど食べられない）
   ・仕事　（・問題なし　・集中できない　・だるくて仕方がない）

4. **仕事や学校で困っていることはありますか。**

5. **新型コロナ発症時の症状は何ですか。**

6. **どのような医療機関で、どんな検査、治療をされましたか。**

7. **ワクチンは何回接種されましたか。最終接種日はいつですか。**

   回。　　年　月　日

8. **基礎疾患をお持ちですか。**

   アレルギー性疾患：
   うつ、　睡眠障害、
   過敏性腸症候群
   耳鳴、　めまい、　起立性調節障害
   関節リウマチ、自己免疫疾患：

9. **当院の後遺症外来をどのようにお知りになりましたか。**

   ホームページ、家族　、友人、テレビ（　　）、新聞（　）

10. **上咽頭擦過療法について**

    ・知っている　　・知っていない

ふりがな	
氏　名	
生年月日	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日　　才
住　所	〒
自宅電話	―　　―
携帯電話	―　　― 本人の電話・家族の電話（続柄:　　氏名:　　）・その他の方の電話（関係:　　）

今日は何科の受診をご希望ですか？

□泌尿器科　□内科　□脳神経内科　□皮膚科