

コロナ後遺症外来 問診票

患者氏名： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

体温： _____ °C 血圧 _____ / _____ mmHg 心拍 _____ 回/分

質問項目：

1. いつ新型コロナに感染しましたか？

発症日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査陽性日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 同一家族に感染者はありましたか？

はい ・ いいえ

はいの場合は、同居家族何人中何人が感染しましたか？

(_____) 人中 (_____) 人

3. 一番つらかった症状は何ですか？

発熱 ・ 頭痛 ・ だるさ ・ 咳 ・ 呼吸苦 ・ 集中力低下 ・ 睡眠障害
・ 味覚障害 ・ 嗅覚障害 ・ 咽頭痛 ・ その他(_____)

4. 今まで他で治療を受けたことがありますか？

受診医療機関名：

治療法： 入院治療 ・ 内服治療 ・ 点滴治療 ・ その他(_____)

5. 今現在一番つらい症状は何ですか？

発熱 ・ 頭痛 ・ だるさ ・ 咳 ・ 呼吸苦 ・ 集中力低下 ・ 睡眠障害
・ 味覚障害 ・ 嗅覚障害 ・ 咽頭痛 ・ その他(_____)

6. 現在の日常生活の状況について

・起床 (・問題なし ・ 起きるのがつらい ・ おきられない)
・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 ・ 集中力が維持できない ・ だるくて仕方がない)

7. かかりつけの医師はいますか？ 後遺症で相談していますか？

はい ・ いいえ はい ・ いいえ

施設名：

医師名：

8. ワクチン接種は何回受けましたか？

0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回

9. 基礎疾患はお持ちですか？

呼吸障害 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病 ・ 血液疾患 ・ BMI30 以上
上の重度肥満 ・ 睡眠時無呼吸症候群 ・ 染色体異常 ・ 重い精神疾患

10. 当院をどのようにお知りになりましたか？

テレビ ・ 中国新聞 ・ リビング新聞 ・ ホームページ ・ 友人 ・ 家族

11. 上咽頭擦過療法について希望されますか？

はい ・ いいえ