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

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　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）

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・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）

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
（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　　】
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【　　】

連絡先（できるだけ2か所記入してください
　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あります
　1.　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄（　　）　電話番号：
　2.　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄（　　）　電話番号：

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　　℃

○○病院 2021.○○.○○