

新型コロナ罹患後症状受診チェックシート

記入日： 年 月 日

新型コロナウイルスへの感染による罹患後症状が原因と思われる受診の場合は、事前診察申込書、診療情報提供書の他、本チェックシートに必要事項を記載の上、FAXにてお送り願います。

受診者情報			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	旧姓（ ）	性別	男 ・ 女
既往歴		職業	
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 一度も吸ったことがない <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた（1日 本、 年 月頃まで） <input type="checkbox"/> 現在も吸っている（1日 本、 年 月頃から）	飲酒歴	<input type="checkbox"/> 全く飲まない <input type="checkbox"/> 付き合い程度 <input type="checkbox"/> 週に1～2日程度 <input type="checkbox"/> それ以上
			アルコールの種類 （ ） 1日の量 （ ）

新型コロナ罹患情報			
発症日	年 月 日	検査日	年 月 日
		陽性判明日	年 月 日
検査方法	<input type="checkbox"/> PCR検査・LAMP <input type="checkbox"/> 抗原検査 <input type="checkbox"/> みなし陽性 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
検査医療機関名			
療養終了日			
陽性時の症状	<input type="checkbox"/> 症状あり（ ） <input type="checkbox"/> 症状なし		
ワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 回） 最終接種日 年 月 日 ワクチンの種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他（ ）		

コロナ罹患後状況情報	はい ・ いいえ
①陽性判明日から、 2か月以上 経過している	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
②症状が、 4週間以上 継続している	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
③陽性判明日 以前 に、同じような症状がない	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
④日常生活に 支障が生じている	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
⑤紹介元病院における問診回数	回

コロナ罹患後症状チェック	症状の有無	症状の程度					発症時期
		弱	←————→			強	
		1	2	3	4	5	
疲労感、倦怠感、筋力低下							年 月 日頃
呼吸困難、息切れ、胸痛、咳、喀痰、動悸、咽頭痛							年 月 日頃
急性冠症候群、心不全、不整脈等、脳梗塞、血栓							年 月 日頃
味覚障害、嗅覚障害							年 月 日頃
頭痛、関節痛、筋肉痛							年 月 日頃
睡眠障害、思考力・集中力の低下、記憶障害、抑うつ							年 月 日頃
腹痛、下痢、脱毛							年 月 日頃
その他（ ）							年 月 日頃
発熱						度以上	年 月 日頃

紹介元医療機関での治療方法
（症例： 問診日： ）