

新型コロナウイルス感染症の後遺症受診チェックシート

RS.7月版

○ 後遺症の元となる新型コロナウイルス感染症について (それぞれの項目の日付を御記入ください。不明な場合はわかる範囲で御記入ください。)

検査日

(検体を採取した日)

陽性判明日

(検査結果が出た日)

○ 後遺症が疑われる症状について

	主な症状	受診先となる 近隣の医療機関の 診療科	症状の程度 (スコア)					症状が継続している期間				
			日常生活への支障が出始める程度を3として、 その程度合いの数を5段階から選んでください。					症状が、概ねいつごろから始まったか記入し、 そこから現在まで何か月続いているかご記入ください 例) 7月上旬から4か月				
			1	2	3	4	5	月	上・中・下	旬ごろから	月	
A	息苦しさ 咳 動悸	内科 呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	上・中・下	旬ごろから	<input type="checkbox"/>
B	だるさ・倦怠感 頭痛 体がふわふわするめまい	内科 神経内科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	上・中・下	旬ごろから	<input type="checkbox"/>
C	不眠 気分の落ち込み 思考力の低下	精神科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	上・中・下	旬ごろから	<input type="checkbox"/>
D	頭髪の脱毛 その他の皮膚症状	皮膚科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	上・中・下	旬ごろから	<input type="checkbox"/>
E	目がぐるぐる回るめまい 嗅覚障害 味覚障害 (口・舌の違和感)	耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	上・中・下	旬ごろから	<input type="checkbox"/>



次の全ての項目に☑がついたら、症状に合わせた近隣の医療機関の受診を御検討ください。

- 後遺症の元となる新型コロナウイルス感染症の**発症から3か月が経過**している。
- 後遺症が疑われる症状が**2か月以上**継続している。
- もっとも気になる症状の**スコアが3以上** (日常生活に支障が出始める程度) になっている。

※あくまで目安ですので、症状が辛いときは結果によらず受診を御検討ください。