

# 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

○ 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） 日常生活への支障が出始める基準を3として、 その度合いの強弱を5段階から選んでください。					症状が継続している期間			
			 支障の度合いが弱い ← 日常生活に支障が出始めている → 支障の度合いが強い					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			
A	息苦しさ 咳 動悸	内科 呼吸器内科	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の	<input type="text"/> 上・中・下	旬ごろから	<input type="text"/> か月
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	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の	<input type="text"/> 上・中・下	旬ごろから	<input type="text"/> か月
C	不眠 気分の落ち込み 思考力の低下	精神科	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の	<input type="text"/> 上・中・下	旬ごろから	<input type="text"/> か月
D	頭髮の脱毛 その他の皮膚症状	皮膚科	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の	<input type="text"/> 上・中・下	旬ごろから	<input type="text"/> か月
E	目がぐるぐる回るめまい 嗅覚障害 味覚障害（口・喉の違和感）	耳鼻咽喉科	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の	<input type="text"/> 上・中・下	旬ごろから	<input type="text"/> か月



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。