

問診票 (Long COVID用)

問診日 年 月 日

氏名： 生年月日：
職業： 勤務地：

1. 発症した時期

年 月 日 ~ 年 月 日 最高時 (°C)

解熱剤の使用： あり なし

抗原検査： 陰性 陽性 PCR検査： 陰性 陽性

2. ワクチン接種について

未接種 接種済み (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回以上) 最終接種時期

3. どのような症状が出ましたか・今はどうですか？

せき (あった なかった / 今ある)

たん (あった なかった / 今ある)

鼻水 (あった なかった / 今ある)

のどの痛み (あった なかった / 今ある)

息苦しさ (あった なかった / 今ある)

倦怠感 (あった なかった / 今ある)

頭痛 (あった なかった / 今ある)

下痢 (あった なかった / 今ある)

味の異常 (あった なかった / 今ある)

においの異常 (あった なかった / 今ある)

不安感 (あった なかった / 今ある)

関節や筋肉の痛み (あった なかった / 今ある)

めまい (あった なかった / 今ある)

その他(メモ)

4. この症状で病院にかかったり、どこかに相談しましたか

受診したことがある (診断名： _____)

今も通院中 (診断名： _____)

お薬を服用中 (お薬の名前： _____)

サプリメントを服用中 (サプリメントの種類： _____)

誰にも (どこにも) 相談できていない

5. 他に通院中の病気や怪我、気になる不調がありますか？

喫煙している 喫煙していた