

新型コロナウイルス感染症に関する後遺症チェックシート

○新型コロナウイルス感染症について

検査日 (検体を採取した日)	陽性判明日 (検査結果が出た日)	療養終了日 (行動制限の解除日)

○後遺症が疑われる症状について

主な症状	症状の程度					症状の期間 例) 5月中旬から1か月 7月上旬から3週間 等
	1 支障が軽度	2	3 生活に支障が 出始めている	4	5 支障が重度	
呼吸器症状 (咳・痰)	<input type="checkbox"/>					
循環器症状 (動悸・胸痛・むくみ)	<input type="checkbox"/>					
味覚・嗅覚障害 (においや味を感じにくい, 味がこれまでと違う, 口・喉の違和感)	<input type="checkbox"/>					
神経症状 (頭痛・筋力低下)	<input type="checkbox"/>					
精神症状 (不眠・気分の落ち込み・思考力の低下)	<input type="checkbox"/>					
皮膚症状 (脱毛・その他の皮膚症状)	<input type="checkbox"/>					
痛みなどの全身症状 (関節痛・筋肉痛・呼吸 困難・倦怠感・発熱・めまい・下痢)	<input type="checkbox"/>					



療養が終了しており、かつ、最も気になる症状の程度が「3」以上の方は、
かかりつけ医もしくは症状に合わせたお近くの医療機関の受診を御検討ください。