

# 大田区三医師会 新型コロナ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 それぞれの項目を御記入ください。

性別   歳 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)

チェック欄	主症状	症状の程度 日常生活への支障が			症状の継続期間 症状が、いつごろから始まり、 そこから現在まで約何週間続いているか御記入ください。 例) 5月上旬から9週間
		弱い	出始めている	強い	
	倦怠感	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	思考力低下	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	不眠	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	気分の落ち込み	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	不安	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	嗅覚異常	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	味覚異常	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	口・喉の違和感	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	聞こえの異常 (耳のふさがった感じ)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	めまい	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	頭痛	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	呼吸困難・咳	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	手足・体のしびれ感 筋肉痛・関節痛	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	胸部症状(動悸、胸痛)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間
	脱毛・その他皮膚症状	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 月の <input type="text"/> 上・ <input type="text"/> 中・ <input type="text"/> 下 旬ごろから約 <input type="text"/> 週間

チェックシートで下記①②③すべてに該当することが必要

## 診断基準

- ①後遺症の原因となる新型コロナの治療期間が既に解除
- ②最も気になる症状のスコアが2以上
- ③症状が少なくとも8週以上継続  
8週に満たないものは、後遺症疑いとする

チェックシートの内容は個人情報特定されない形式のデータとして医師会等で公表する場合がありますので御了承ください。  
御同意いただけない場合には診療所・病院の受付までお申し出ください。