

新型コロナウイルス感染症に関する罹患後症状（受診目安）チェックシート



【記入日】

(1) 下の空欄の日付をご記入ください

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

(2) 現在の症状を選択・記載してください

主な症状	症状の程度					症状の期間 例) 1月上旬から3週間 2月下旬から1か月 等	主な診療科
	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		
息苦しさ、咳、動悸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		内科
だるさ、倦怠感、体の痛み（頭痛、胸痛、腹痛、関節痛、筋肉痛など）、めまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		内科
不眠、気分の落ち込み、思考力の低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		精神科 心療内科
頭髪の脱毛、その他の皮膚症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		皮膚科
嗅覚障害、味覚障害（口・喉の違和感）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		耳鼻咽喉科

療養が終了しており、かつ、一番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 新型コロナウイルス感染症の診療・検査を実施した医療機関への受診をご検討ください