**新型コロナウイルス感染症の罹患後症状（いわゆる後遺症）に関する**

**紹介先医療機関 調査票**

**１　貴医療機関について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 標榜診療科 |  |
| 住　所 |  | 記入担当者名 |  |
| 連絡先 | TEL：Mail： |  |

**２　後遺症とみられる患者の紹介について**

（１）受診･相談センターや保健福祉事務所等において、後遺症に悩む方から相談を受けた場合、貴院を紹介してよいですか。

※　後遺症紹介先医療機関（仮称）リストを後日、医師会、県内医療機関へ提供する予定です。

□　可　⇒　（２）へ

＊どちらかに☑してください

□　不可　⇒　３へ

（２）後遺症に係る診療時間、曜日、予約の有無、対応可能な症状を教えてください。

○診療時間・曜日　※具体的な時間を記入してください（例：9時～12時、14時～18時　など）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 日曜日 |
|  |  |  |  |  |  |  |

○予約の有無　　　　　要　　　・　　　不要　　　　＊○をつけてください。

○対応可能な症状等　＊対応可能な症状等に☑してください

|  |  |
| --- | --- |
| □呼吸器症状 | 呼吸困難、息苦しさ、咳、痰、咽頭痛　等 |
| □循環器症状 | 労作時の呼吸困難、起座呼吸、胸痛、動悸、倦怠感、四肢のむくみ（浮腫）・冷感、失神　等 |
| □味覚・嗅覚症状 | **においがまったくしない・弱い、においがこれまでと違って感じる、味がまったくしない・弱い、味がこれまでと違って感じる、常に口の中が苦い・甘い　等** |
| □神経症状 | 疲労感、倦怠感、筋力低下、呼吸困難、疼痛、不快感、集中力低下　等 |
| □精神症状 | 不安障害、睡眠障害、気分障害、物質使用障害、依存症　等 |
| □痛み | 頭痛、のどの痛み、頸部痛、胸背部痛、腹部痛、腰痛、関節痛　等 |
| □皮膚症状 | 皮疹、脱毛　等 |
| □小児 |  |
| 備考（記入例：「痛み」の中でも○○などについてのみ受診可） |

「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き 別冊 罹患後症状のマネジメント 第2.0版」より抜粋

（３）県ホームページに、後遺症紹介先医療機関（仮称）として掲載してよいですか。

　　　　□　可

＊どちらかに☑してください

　　　　□　不可

**３　その他**　　後遺症への対応についてご意見、ご要望等がございましたら、ご記載下さい。