

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

<input type="checkbox"/> 呼吸器症状	呼吸困難、息苦しさ、咳、痰、咽頭痛 等
<input type="checkbox"/> 循環器症状	労作時の呼吸困難、起座呼吸、胸痛、動悸、倦怠感、四肢のおくみ（浮腫）・冷感、失神 等
<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 皮膚症状	皮疹、脱毛 等
<input type="checkbox"/> 小児	
備考（記入例：「痛み」の中でも〇〇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。

()