

# コロナワクチン後遺症（疑い含）問診票

記入例

倦怠感    なし    \_\_\_\_\_    最悪

↓ 線を記入

## ワクチン接種回数    回（メーカー問わず）

倦怠感    なし    \_\_\_\_\_    最悪

集中力    なし    \_\_\_\_\_    明瞭

睡眠    良い    \_\_\_\_\_    最悪

記憶力    良い    \_\_\_\_\_    最悪

体の痛み    なし    \_\_\_\_\_    最悪

頭痛    なし    \_\_\_\_\_    最悪

筋力低下    なし    \_\_\_\_\_    最悪

めまい  
ふらつき    なし    \_\_\_\_\_    最悪

ご記入ありがとうございました。内容は法令に基づき秘密を厳守いたします。  
個人特定出来ないようにした状態で学会発表などでデータを使用させていただく場合があります。