

# コロナ後遺症（疑い含）問診票

記入日 年 月 日

●ワクチン接種回数\_\_\_\_回（メーカー問わず）

●今回の症状での他院受診、治療歴  ある ・ ない  どちらかに○

記入例

倦怠感	なし	線を記入	最悪
	なし		最悪
倦怠感			
	なし		明瞭
集中力			
	良い		最悪
睡眠			
	良い		最悪
記憶力			
	なし		最悪
体の痛み			
	なし		最悪
頭痛			
	なし		最悪
筋力低下			
めまい	なし		最悪
ふらつき			

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。