

# コロナワクチン後遺症（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
-----	----	------	----

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。