

# 新型コロナウイルス感染症後遺症チェックリスト

フリガナ		受診日：	
氏名		昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日 生 歳

新型コロナウイルス感染症陽性と判明した日にち	月 日	療養が終了した日にち	月 日
------------------------	-----	------------	-----

お困りの後遺症状	症状の程度 ○印をつけてください。 ない←-----→ある					症状が継続している期間		
	1	2	3	4	5	月	日から約	週間持続
強い倦怠感						月	日から約	週間持続
味覚障害						月	日から約	週間持続
嗅覚障害						月	日から約	週間持続
抜け毛						月	日から約	週間持続
不安						月	日から約	週間持続
気分の落ち込み						月	日から約	週間持続

その他お困りの後遺症状
-------------