

新型コロナウイルス後遺症 呼吸器症状外来 問診票

記入日 | \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 | \_\_\_\_\_

年齢	男 ・ 女	身長	cm	体重	kg
高血圧   <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	糖尿病   <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
脂質異常   <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	喫煙   <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
喫煙有の方   喫煙歴 _____ 年 / 1日		本 / <input type="checkbox"/> 現在喫煙 <input type="checkbox"/> 過去喫煙			
気管支炎   <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	いびき・無呼吸の指摘   <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
COPD (肺気腫)   <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	慢性腎臓病   <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
心臓疾患   <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
罹患時のワクチン接種   <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 接種なし					

療養期間について

<input type="checkbox"/> 自宅療養	<input type="checkbox"/> ホテル療養	<input type="checkbox"/> 入院
発熱症状	日間発熱 ( _____ 日目～ _____ 日目)	
最高体温	°C	
咳症状	日間 ( _____ 日目～ _____ 日目)	
息切れ	日間 ( _____ 日目～ _____ 日目) mMRC グレード	
療養時最低酸素飽和度	%	
ホテル療養または入院の方   日数 _____ 日間		
療養期間解除日   _____ 年 _____ 月 _____ 日		

投薬治療内容

分かる範囲でご記入ください。

<input type="checkbox"/> 自宅療養の方	<input type="checkbox"/> ホテル療養の方
解熱鎮痛剤   <input type="checkbox"/> 内服あり <input type="checkbox"/> 内服なし	<input type="checkbox"/> 内服あり <input type="checkbox"/> 内服なし
鎮咳薬 (せき止め)   <input type="checkbox"/> 内服あり <input type="checkbox"/> 内服なし	<input type="checkbox"/> 内服あり <input type="checkbox"/> 内服なし
去痰薬 (たん切り)   <input type="checkbox"/> 内服あり <input type="checkbox"/> 内服なし	<input type="checkbox"/> 内服あり <input type="checkbox"/> 内服なし
吸入ステロイド   <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
抗体カクテル   <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
経口ステロイド   <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
在宅酸素 (酸素療法)   <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
デキサメサゾン   <input type="checkbox"/> 内服あり <input type="checkbox"/> 内服なし	<input type="checkbox"/> 内服あり <input type="checkbox"/> 内服なし
<input type="checkbox"/> 入院の方	
解熱鎮痛剤   <input type="checkbox"/> 内服あり <input type="checkbox"/> 内服なし	<input type="checkbox"/> 内服あり <input type="checkbox"/> 内服なし

鎮咳薬（せき止め）	<input type="checkbox"/> 内服あり	<input type="checkbox"/> 内服なし
去痰薬（たん切り）	<input type="checkbox"/> 内服あり	<input type="checkbox"/> 内服なし
吸入ステロイド	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
抗体カクテル	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
経口ステロイド	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
酸素療法	<input type="checkbox"/> 鼻カヌラ	<input type="checkbox"/> ネーザルハイフロー <input type="checkbox"/> 人工呼吸管理
レムデシビル	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
バリシチニブ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
低分子ヘパリン	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

### 療養時の症状

最もつらかった症状に✓を付け（複数回答可）、各症状の有無をご回答ください。

✓	症状	有無	つらかったのは何日目か
<input type="checkbox"/>	発熱	あり ・ なし	日目
<input type="checkbox"/>	せき	あり ・ なし	日目
<input type="checkbox"/>	息切れ	あり ・ なし	日目
<input type="checkbox"/>	倦怠感	あり ・ なし	日目
<input type="checkbox"/>	筋肉痛	あり ・ なし	日目
<input type="checkbox"/>	胸痛	あり ・ なし	日目
<input type="checkbox"/>	微熱	あり ・ なし	日目
<input type="checkbox"/>	食欲不振	あり ・ なし	日目
<input type="checkbox"/>	頭痛	あり ・ なし	日目
<input type="checkbox"/>	味覚聴覚障害	あり ・ なし	日目

### 現在の症状

最もつらい症状に✓を付け（複数回答可）、各症状の有無をご回答ください。

✓	症状	有無
<input type="checkbox"/>	発熱	あり ・ なし
<input type="checkbox"/>	せき	あり ・ なし
<input type="checkbox"/>	息切れ	あり ・ なし
<input type="checkbox"/>	倦怠感	あり ・ なし
<input type="checkbox"/>	筋肉痛	あり ・ なし
<input type="checkbox"/>	胸痛	あり ・ なし
<input type="checkbox"/>	微熱	あり ・ なし
<input type="checkbox"/>	食欲不振	あり ・ なし
<input type="checkbox"/>	頭痛	あり ・ なし
<input type="checkbox"/>	味覚聴覚障害	あり ・ なし

表 修正 MRC (mMRC) 息切れスケール質問票

グレード 分類	あてはまるものにチェックしてください(1 つだけ)	
0	激しい運動をした時だけ息切れがある。	<input type="checkbox"/>
1	平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。	<input type="checkbox"/>
2	息切れがあるので、同年代の人よりも平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。	<input type="checkbox"/>
3	平坦な道を約 100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。	<input type="checkbox"/>
4	息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。	<input type="checkbox"/>

呼吸リハビリテーションの保険適用については、旧 MRC のグレード 2 以上、即ち上記 mMRC のグレード 1 以上となる。