

# 新型コロナウイルス感染症罹患後精神症状問診票

初診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女

1) 今日はどうなさいましたか？ 最も困っている症状や事柄をご記載ください

( \_\_\_\_\_ )

2) 次のからだの症状で当てはまるものを全てチェックしてください。

倦怠感  疲れやすさ  関節痛  筋肉痛  のどの痛み  せき  痰  息切れ  
 胸痛  味覚・嗅覚の異常  動悸  下痢  腹痛  脱毛  立ち眩み  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

3) 次のこころの症状で当てはまるものを全てチェックしてください。

物忘れ  集中力がない  眠れない  ゆううつ  不安  恐怖  頭痛  幻覚  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

4) 新型コロナウイルス感染症にかかった日、なおった日はいつですか？

かかった日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      なおった日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

5) 感染が判明した PCR 検査、または抗原検査を行った場所、日時を教えてください。

検査場所: \_\_\_\_\_      検査日時: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

6) ご家族は感染しましたか？

はい  いいえ

7) どこで療養しましたか？ 当てはまるものをチェックし、施設名をご記入ください

病院 (名前: \_\_\_\_\_ )

ホテル等療養施設(名前: \_\_\_\_\_ )

自宅

8) どのような治療を受けましたか？ あてはまるものを全てチェックしてください。

薬物療法  ECMO  集中治療棟(ICU)入室  抗体カクテル療法

何も受けていない  その他( \_\_\_\_\_ )

9) ワクチンを何回うちましたか？ 回数と最後に打った日を教えてください。

ワクチンを打った回数: \_\_\_\_\_ 回      最後に打った日付: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

10) 現在治療中の病気はありますか？  はい  いいえ

はいの方: 疾患、いつからか、病院を教えてください(例: 糖尿病、2011年5月から、〇〇病院)

( )

( )

11) これまでに精神科や心療内科での治療を受けたことがありますか？  はい  いいえ

はいの方: 治療期間、病院を教えてください(例: 2011年5月～2022年6月、△△病院通院)

( )

( )

12) 現在内服中のお薬はありますか？  はい  いいえ

はいの方: お薬の名前をわかる範囲で教えてください

( )

( )

13) お薬や食べ物のアレルギーはありますか？  はい  いいえ

はいの方: アレルギーを起こす薬剤、食べ物を教えてください

( )

14) お酒は飲まれますか？  はい  いいえ

はいの方: 飲酒量と頻度を教えてください(例: 週に、月に何回 一日ビール 500ml)

( )

15) タバコは吸われますか？  はい  いいえ

はいの方: 喫煙本数と頻度を教えてください(例: 週に、月に何回 一日 20本)

( )

16) 現在仕事はされていますか？  はい  いいえ  休職中

はい、または休職中の方: お仕事の内容を教えてください(例: 非常勤、医療職)

( )

この外来は新型コロナウイルス感染症感染後に、精神面での不調が継続、遷延、もしくは新規に出現した方の外来です。初回診察時は診察・検査を含め長時間、一定の医療費がかかります。見立てと治療方針が決まれば、かかりつけの紹介の先生のところにお戻りいただくことになっております。ご了承ください。