

コロナに対するアクティブ・リハビリテーション・エクササイズ問診票

Questionnaire for COVID Active Rehabilitation Exercises : Q-CARE

ID: 記入日: 年 月 日 記入者: (続柄:)

※太枠の中をご記入ください。該当項目に☑を入れてください。

ふりがな:	年齢	生年月日
氏名: (男・女)	歳	大・昭・平・令 年 月 日
【職業】 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 専業主婦/夫 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし		

【当日記入欄】 《体温》 °C 《血压》 / 《脈拍》 回/分 (整・不整)
《SpO2》 % 《身長》 cm 《体重》 kg

【治療中の疾患】 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> その他 ()	【既往歴】 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> その他 ()
【現在服用している薬】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 薬名:	【薬剤アレルギー】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()
【コロナ発症後処方された薬】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 薬名:	【喫煙歴】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【妊娠の可能性】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
【コロナワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり (最終接種日 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし	

新型コロナウイルス感染症について日付をわかる範囲でご記入ください。

検査日 (検体を採取した日) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> ホテル治療 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 点滴治療 <input type="checkbox"/> その他の治療 ()
陽性判定日 (検査結果が出た日) 年 月 日	
療養終了日 (行動制限の解除日) 年 月 日	

※新型コロナウイルス感染症発症後に出現し持続している症状、もしくは発症前より増えた症状の『ある/なし』と、『症状の程度』について☑を入れてください。

症状	ない	ある	症状の程度				
			弱	→			強
			日常生活に 支障なし	日常生活に 支障あり	日常生活へ 支障大きい		
1 微熱が続く、繰り返す発熱がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 頭痛、めまいがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3 眠れなくなった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4 腹痛、下痢がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5 味の感じ方が変わった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 食欲がなくなった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7 脱毛や皮膚症状がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

※コロナウイルス感染症発症後に出現し持続している、症状もしくは発症前より増えた症状の『ある／なし』と、『症状の程度』について☑を入れてください。

症状	ない	ある	症状の程度					P	O	S	M
			弱 強								
			日常生活に 支障なし	日常生活に 支障あり	日常生活へ 支障大きい						
8 咳・痰・鼻汁が出る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
9 胸が痛くなる・息苦しくなることがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
10 音や光、物に触れた時など感覚を強く感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
11 寝ても疲れが取れない。体が重く感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
12 関節に痛みを感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
13 運動をしていないのに筋肉に痛みを感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
14 力が入りにくくなったと感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
15 手や足にしびれを感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
16 新しい事が覚えられない。物忘れが増えたと感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
17 声が出しにくいと感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
18 むせることがある。飲み込みにくさを感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
19 考えがまとまらない。集中できないと感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
20 やる気が起きない。気持ちが沈んで憂鬱を感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
21 においが分かりにくくなったと感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
22 その他、気になる症状（仕事や学業に支障がでていること等、お書きください）											

合計

P O S M

☆ 当外来を受診して、改善したいことや希望がありましたらご記入ください。