

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】 ☐ あり (☐ 会社員 ☐ 自営業 ☐ 学生 ☐ 専業主婦/夫 ☐ その他 () ☐ なし		

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

【治療中の疾患】 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 高脂血症 ☐ 気管支喘息 ☐ その他 ()	【既往歴】 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 高脂血症 ☐ 気管支喘息 ☐ その他 ()
【現在服用している薬】 ☐ あり ☐ なし 薬名 :	【薬剤アレルギー】 ☐ あり ☐ なし ()
【コロナ発症後処方された薬】 ☐ あり ☐ なし 薬名 :	【喫煙歴】 ☐ あり ☐ なし 【妊娠の可能性】 ☐ あり ☐ なし
【コロナワクチン接種の有無】 ☐ あり (最終接種日 年 月 日) ☐ 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	☐ 無症状 ☐ 自宅療養 ☐ ホテル治療 ☐ 入院治療 ☐ 酸素投与 ☐ 点滴治療 ☐ 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。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2 頭痛、めまいがある。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3 眠れなくなった。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4 腹痛、下痢がある。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5 味の感じ方が変わった。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6 食欲がなくなった。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7 脱毛や皮膚症状がある。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

※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			
8	咳・痰・鼻汁が出る。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	P ☐
9	胸が痛くなる・息苦しくなることがある。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	P ☐
10	音や光、物に触れた時など感覚を強く感じる。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	P O ☐ ☐
11	寝ても疲れが取れない。体が重く感じる。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	P O S M ☐ ☐ ☐ ☐
12	関節に痛みを感じる。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	P O ☐ ☐
13	運動をしていないのに筋肉に痛みを感じる。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	P O ☐ ☐
14	力が入りにくくなったと感じる。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	P O ☐ ☐
15	手や足にしびれを感じる。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	P O ☐ ☐
16	新しい事が覚えられない。物忘れが増えたと感じる。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	O S ☐ ☐
17	声が出しにくいと感じる。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	S M ☐ ☐
18	むせることがある。飲み込みにくさを感じる。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	S ☐
19	考えがまとまらない。集中できないと感じる。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	O S ☐ ☐
20	やる気が起きない。気持ちが沈んで憂鬱を感じる。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	O M ☐ ☐
21	においが分かりにくくなったと感じる。	☐	☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	O ☐
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									

☆ 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。