

新型コロナウイルス感染症の罹患後症状(後遺症)診療協力医療機関 申請様式

提出先 : 大分県感染症対策課 (担当窓口 : 097-506-2776)

申請方法: メールまたはFAXによる申請

メール: a12380@pref.oita.lg.jp

FAX: 097 - 506 - 1730

医療機関名	
申請担当者職種	
申請担当者氏名	
申請担当者連絡先	

用語の説明

【罹患後症状(後遺症)とは】

COVID-19罹患後、感染性は消失したにもかかわらず、他に明らかな原因がなく、急性期から持続する症状や、経過の途中から新たに、再び生じて持続する症状全般をいう。

【代表的な罹患後症状(後遺症)】

疲労感・倦怠感 関節痛 筋肉痛 咳 喀痰 息切れ 胸痛 脱毛 記憶障害 集中力低下 不眠 頭痛
抑うつ 嗅覚障害 味覚障害 動悸 下痢 腹痛 睡眠障害 筋力低下

引用: 新型コロナウイルスCOVID-19 感染症診療の手引き(別冊)罹患後症状のマネジメント 第2.0版

- 1 新型コロナウイルス感染症の罹患後症状(後遺症)の診療協力医療機関としての公表の同意をお願いします。(を記入)

公表に同意する

以下2～4で記載いただいた内容を元に診療協力医療機関リストを作成し、大分県のホームページに掲載(公表)します。

- 2 医療機関の基本情報を記載してください。

標榜診療科	
電話番号	
所在地	
診療可能曜日・時間等	
予約の要否(予約が必要な場合)	専門外来設置の有無(有の場合)

- 3 新型コロナウイルス感染症の罹患後症状(後遺症)の診療を行うための条件があれば該当欄に を記入してください。

かかりつけ患者でなくても診療可	<input type="checkbox"/>	条件 記載欄:	
かかりつけ患者であれば可	<input type="checkbox"/>		
かかりつけ医からの紹介状があれば可	<input type="checkbox"/>		
その他条件付きで可	<input type="checkbox"/>		

- 4 診療可能な症状の全てに を記入してください。

咳	<input type="checkbox"/>	息切れ	<input type="checkbox"/>	喀痰	<input type="checkbox"/>	胸痛	<input type="checkbox"/>
動悸	<input type="checkbox"/>	味覚障害	<input type="checkbox"/>	嗅覚障害	<input type="checkbox"/>	疲労・倦怠感	<input type="checkbox"/>
頭痛	<input type="checkbox"/>	集中力低下	<input type="checkbox"/>	不眠	<input type="checkbox"/>	睡眠障害	<input type="checkbox"/>
記憶障害	<input type="checkbox"/>	抑うつ	<input type="checkbox"/>	筋肉痛	<input type="checkbox"/>	関節痛	<input type="checkbox"/>
腹痛	<input type="checkbox"/>	下痢	<input type="checkbox"/>	脱毛	<input type="checkbox"/>	筋力低下	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	その他の 内容					