

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TEL: 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	
かかりつけ患者であれば可	
かかりつけ医からの紹介状があれば可	
その他条件付きで可	

→ 条件記載欄:

--

- 4 診療可能な症状の全てに○を記入してください。

咳		息切れ		喀痰		胸痛		
動悸		味覚障害		嗅覚障害		疲労・倦怠感		
頭痛		集中力低下		不眠		睡眠障害		
記憶障害		抑うつ		筋肉痛		関節痛		
腹痛		下痢		脱毛		筋力低下		
その他		その他の内容 <table border="1"><tr><td></td></tr></table>						