**（別添様式２）**

**新型コロナウイルス感染症の罹患後症状に悩む方の診療をしている医療機関の調査項目**

※本アンケートに関する罹患後症状の対応とは、専門的な医療の提供ではなく、かかりつけ医で対応出来る範囲を指しています。

1. **貴院は、コロナ罹患後症状について相談・診療をしていますか。**

選択肢：□はい・□いいえ

※「いいえ」の場合は、回答終了です

**「いいえ、とご回答いただきました場合でも、原則、かかりつけ患者の対応をお願いしたく、**

**ご協力をよろしくお願い致します。」**

（１にて「はい」と回答した医療機関の皆様は、以下の質問にご回答ください）

1. **コロナ罹患後症状に悩む方の診療をしている医療機関として、医療機関名を県並びに　本会のウェブサイトで公表しても差し支えありませんか。**

選択肢：□はい・□いいえ

※「いいえ」の場合は、ウェブサイトでの公表は行いませんが、県コールセンターでの医療

　機関紹介には活用致します。

**ａ）コロナ罹患後症状に悩む方の診療をしている医療機関として公表する際の情報**

医療機関名：

連　絡　先：

（住所）　〒　　　－

（電話番号）

**b)　コロナ罹患後症状を主として診療する外来（いわゆる、コロナ後遺症外来）の設置**

選択肢：□している・□していない

**c)　コロナ罹患後症状に悩む方の診療をしている診療科名**

**（対応可能な診療科名に✓を付けて下さい。）**

選択肢：□総合診療内科　□内科　□呼吸器内科　□循環器内科　□耳鼻咽喉科

□神経内科　□精神科　□皮膚科　□アレルギー科　□小児科

□リハビリテーション科　□その他（例：痛みクリニック等　　　　　　　　　　　）

**医療機関名／　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　1/2**

**d)　コロナ罹患後の対応可能な症状**

**（対応可能な診療科名に✓を付けて下さい。）**

選択肢：□疲労感・倦怠感、□関節痛、□筋肉痛、□筋力低下、□手足のしびれ、□咳、

□喀痰、□息切れ、□胸痛、□動悸、□脱毛、□記憶障害、□集中力低下（brain fog）、□頭痛、□抑うつ、□嗅覚障害、□味覚障害、□下痢、□腹痛、□睡眠障害、

□眼科症状、□皮疹、□耳鳴り、□咽頭痛、□発熱、□感覚過敏、

□その他（　　　　　　　　　　　　）

**e)　診療可能な年齢**

選択肢：□あり（　　歳まで／　　歳以上）・□なし

**f)　受診予約**

選択肢：□必要・□不要

**g)　診療時間**

記載：　　　　　　　　　　　／　　　　　曜日のみ　　　　　　　時迄

**h)　他院からの紹介状**

選択肢：□必要・□不要

**i)　受診時の注意点・特記事項**

注意点・特記事項：

**担当者名／連絡先　　　　　　　　　／**

**医療機関名**　　　　　　　　　　　2/2

**提出期限：3月31日（金）　　　　那覇市医師会FAX:０９８-８６７－３７５０**