

長期予後と後遺症に関する追加調査用資料 【□は1つのみ回答 (☑)】

COVID-19 発症後 6 か月以上経過した時点で調査を行なってください。

1) COVID-19 発症後、6 か月以上経過後の受診歴を診療録で確認してください。

2) 受診歴がない場合、または診療録のみでは回答が困難である場合は、電話等による追加調査をご検討ください。

3) 長期予後と後遺症に関する追加調査に際しては、

①既に改訂第 2 版以降の承諾書に沿った承諾が得られている場合は、以下の承諾内容の作成は省略し、電話等による調査に進んでください。

②改訂第 2 版以降の承諾書に沿った承諾が得られていない場合は、

- ・患者さんに来院機会がある場合、改訂第 3 版の承諾書に沿った追加説明と新たな承諾書の作成をお願いします。
- ・患者さんに来院機会がない場合、電話等での調査前に口頭で承諾を取得し、代諾者が以下に記載してください。

発症から、6 か月後の電話等による追加調査について (同意する・同意しない)

【患者さんの署名欄】

私はこの調査に参加するにあたり、電話等で十分な説明を受け、内容等を十分理解いたしましたので、本調査に参加することに同意します。

同意日： 年 月 日

患者氏名：()

【代諾者の署名欄】 (必要な場合のみ)

私は さんが、この調査に参加するにあたり、電話等で十分な説明を受け、内容等を十分理解しましたので、本調査に参加することに同意します。

同意日： 年 月 日

代諾者氏名：()

本人との続柄：()

【医師の署名欄】

私は、上記患者さんに、この臨床研究について十分に説明いたしました。

説明日： 年 月 日

所属：()

氏名： (自署)

調査項目（以下を電話インタビュー等で確認し、専用のレジストリに登録をお願いいたします）

【□は1つのみ回答（☑） ○は複数回答可（◎）】

COVID-19に罹患した後1か月以上経過した後に認めた症状で、COVID-19との関連が否定できない症状をお答えください。ただし、明らかに他の疾患で出現した症状（例、インフルエンザに罹患して発熱など）は除いてください。		
発熱	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
咳嗽	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
咽頭痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
喘鳴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
味覚障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
嗅覚障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
胸痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
筋肉痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
関節痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
呼吸苦	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続

陥没呼吸	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
頭痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
意識変容	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
痙攣	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
うつ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
腹痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
悪心・嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
結膜炎	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
発疹	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
口唇発赤	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
莓舌	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
頸部リンパ節炎	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続

四肢硬性浮腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続
MIS-C	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	ありの場合、 ① 出現時期 <input type="checkbox"/> 急性期（発症後約1か月まで）から継続 <input type="checkbox"/> 発症後約（ ）か月から出現 ②現在の状況 <input type="checkbox"/> 既に症状は改善 <input type="checkbox"/> 現在も持続

これまでに回答した症状が原因により

・ 外来定期通院や入院管理を

必要としなかった

必要とした （ 外来定期通院 入院管理）

・ 通所・通園・通学の中断を

必要としなかった

必要とした

追加調査は以上です。レジストリへの登録をお願いします。

本調査用紙はレジストリ登録のため補助資料です。レジストリ登録後の保存は任意です。