

## 新型コロナウイルス感染症に関するFAX相談票

※このFAX相談票は聴覚に障がいのある方などお電話でのご相談が難しい方専用です。

送信日時	年 月 日 午前・午後 時 分
名前 / 年齢	( ) 歳
住所	
自宅FAX	
メールアドレス	
希望返信方法	FAX・メール・その他( ) ※時間帯によりFAXのみの返信になることがあります

1. どなたの相談ですか？	本人・家族・友人・その他( )
2. 発熱	あり・なし 月 日 ~ 月 日 ( °C ~ °C )
3. 咳	あり・なし 月 日 ~ 月 日
4. 息苦しさ(呼吸困難)	あり・なし 月 日 ~ 月 日
5. 強いだるさ(倦怠感)	あり・なし 月 日 ~ 月 日
6. その他の症状	どんな症状ですか( ) いつからいつまで( )
7. 上記の症状で病院に	行った・行っていない いつ( 月 日 ) 医師からどんな説明を受けましたか( ) 薬を処方されていたら、薬の名前( )
8. 持病や通院中の病気	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 <input type="checkbox"/> 人工透析をしている <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤や抗がん剤を使用している <input type="checkbox"/> その他の病気(病名や症状: )
9. (女性の方へ) 妊娠していますか？	はい・いいえ
10. 新型コロナウイルス感染症に感染していると診断を受けた人と接触しましたか？	はい・いいえ いつ( 月 日 )
11. 過去14日以内に海外に行きましたか？	はい・いいえ いつ( 月 日 ) 行先( ) 移動手段( )
12. 過去14日以内に海外旅行へ行った人と接触しましたか？	はい・いいえ いつ( 月 日 ) 接触した方の行先( )

※保健所から受診医療機関を紹介する場合がございます。その場合の移動手段をご回答下さい。  
自家用車(本人が運転)・自家用車(本人以外が運転)・自転車・徒歩・その他 ( )

他に相談したいことがございましたらご記入ください。

保健所処理欄