

新型コロナウイルス感染症に係る F a x 相談票
 (聴覚に障害のある方など電話での相談が難しい方用)

| | |
|------------|--------------------------|
| 現在の日時 | 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 |
| ふりがな | |
| あなたの氏名 | |
| 住 所 | (あなたの住所) (感染が心配な方の住所) |
| 自宅の Fax 番号 | () - |

| | |
|--|--|
| ①感染が心配な方 はいますか？ | <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名: _____)) ※ 心配な方の性別 (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) と年齢 (____ 歳) |
| ②感染が心配な方 は、右の質問の全 てに回答をして ください。 | (1)体温は何度ですか？ ____ . ____ 度 ※ 37.5 度より高い場合、いつからですか？ ____ 月 ____ 日頃から |
| | (2)症状 <input type="checkbox"/> 咳 (せき) が出る (____ 月 ____ 日頃から) <input type="checkbox"/> 息苦しい (____ 月 ____ 日頃から) <input type="checkbox"/> 身体がだるい (____ 月 ____ 日頃から) <input type="checkbox"/> その他症状がある (症状: _____, ____ 月 ____ 日頃から) |
| | (3)発症前 14 日以内に、海外に行きましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (行先: _____, ____ 月 ____ 日 ~ ____ 月 ____ 日まで) |
| | (4)感染した方 (疑いのある方) と接触又は接触可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 |
| | (5)かかっている病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 呼吸の病気 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 人工透析をしている <input type="checkbox"/> その他 (_____)) |
| ③①以外に、相談し たいことがありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div> |