

新型コロナウイルス感染症に関する聴覚障害者用 FAX 相談票

新型コロナウイルス感染症相談窓口 FAX 086-225-7283

相談日		年 月 日 ()		
相談者	住所			
	氏名	性別	・男 ・女	
		生年月日	T・S・H・R 年 月 日	
		職業		
連絡先	FAX ()			
相談したい人		・本人 ・家族(続柄) ・患者		
		(・職場 ・学校 ・幼稚園 ・保育園 ・医療機関 ・福祉施設)		
		その他		
相談したい人の症状				
症状がある場合		症状がない場合		
健康状態の確認		※相談したいことを具体的に書いてください		
1 症状				
(1) 発熱 月 日～ 月 日 (°C)				
(2) 咳(せき) 月 日～ 月 日				
(3) その他の症状 (どんな症状がいつからいつまであったか)				
2 病院へ ・行った ・行っていない				
行った場合 月 日				
行った病院 (市 町 村)				
もらった薬 ・ある ・ない				
3 1ヶ月以内の旅行 ・行った ・行っていない				
行った場合				
(1) 旅行期間 月 日～ 月 日				
(2) 行った所				
(3) 移動方法				
4 流行地域へ行ったことがある人や、滞在歴がある人との				
(1) 接触 ・ある ・ない ・不明				
ある場合 (月 日～ 月 日)				
(2) 接触した人の状況				
(3) 接触した場所 ・国内 ・国外 具体的な地名				