

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			