


新型コロナウイルス感染症 相談用紙 (聴覚障害者等用)


今日の日付	令和 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分
ふりがな	
あなたの名前	
あなたの家の住所	三重県
あなたの家のFAX	

↓ に✓を入れてください。ある・ないに○をつけてください。

①ご相談は誰に関することですか？


	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 (間柄: ()) <input type="checkbox"/> その他 ()
	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢: () 歳
	誕生日: (明治・大正・昭和・平成 年 月 日)

②どういったことでお困りですか？

	<input type="checkbox"/> 2週間以内に流行地域へ行った ⇒ ②-1へ
	<input type="checkbox"/> 2週間以内に流行地域へ行った人と接触した ⇒ ②-2へ
	<input type="checkbox"/> 症状がある ⇒ ②-3へ
	<input type="checkbox"/> その他 ⇒ ②-4へ


②-1	どこへ、いつ行きましたか 行った国や地域 () 期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
-----	--

②-2	その人はどこへ行っていましたか。 () その人と最後に会ったのはいつですか。 (年 月 日)
-----	---

②-3	どんな症状がありますか？  <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 熱がある (°C) <input type="checkbox"/> 息が苦しい <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> その他 () その症状はいつからありますか？ (年 月 日から)
-----	--

②-4	《自由記載》 ()
-----	---------------

③かかっている病気はありますか？

	ある ・ ない	
	⇒ ある場合、	<input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 呼吸の病気 (喘息など)
		<input type="checkbox"/> 人工透析をしている <input type="checkbox"/> 糖尿病
		<input type="checkbox"/> その他 ()

※FAXで返信いたします。返事が届くまで自宅でお待ちください。