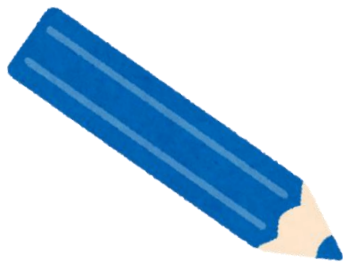


FAX 送信用

※保健所に FAX をする時参考にしてください。

新型コロナウイルス感染に関する相談(聴覚障害者用)



住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年齢 _____ 歳

FAX 番号 _____

メールアドレス _____

- 熱は? _____ 度 37.5度以上は? 月 日から
- 咳は? ・出ている(月 日から) ・出てない
- 呼吸は? ・息苦しい ・息苦しくない
- 便は? ・下痢(月 日から) ・下痢ではない
- 食欲は? ・いつも通り食べられる ・食べられない
- からだのだるさは? ・だるい(月 日から) ・だるくない
- 国外に行きましたか?

はい(月 日 ~ 月 日) ・いいえ

- 基礎疾患はありますか? ・いいえ

はい 糖尿病・心疾患・呼吸器疾患・透析・免疫抑制剤使用
抗がん剤使用・その他()

ほかに相談したいこと・気になること