


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。