

しんがた **新型コロナウイルス** かんせんしょう **感染症** そうだんひょう **FAX相談票**

(様式1)

送 信 先	あきたけんちょうかくしょうがいしゃしえん 秋田県聴覚障害者支援センター					FAX 018-862-1820				
送 信 年 月 日	れい 和	ねん	が つ	に ち	日					
お 名 前	(ふりがな: _____)					せいべつ 性別		ねんれい 年令		さい 才
れん らく さき 連 絡 先	FAX番号: _____									
じゅう しょ 住 所										

かんせん しんばい
感染が心配なときは、次の質問にお答えください。

- ① 熱がありますか? □はい □いいえ
 → いつからですか? _____ 月 _____ 日ごろから
- ② 咳がでますか? □はい □いいえ
 → いつからですか? _____ 月 _____ 日ごろから
- ③ 身体のひどいだるさ(倦怠感)はありますか? □はい □いいえ
 → いつからですか? _____ 月 _____ 日ごろから
- ④ 息苦しさ(呼吸困難)はありますか? □はい □いいえ
 → いつからですか? _____ 月 _____ 日ごろから
- ⑤ においや味が、わからなくなっていますか? □はい □いいえ
 → いつからですか? _____ 月 _____ 日ごろから
- ⑥ ほかに症状がありますか? □はい(症状: _____) □いいえ
 → いつからですか? _____ 月 _____ 日ごろから
- ⑦ 病院には、いきましたか? □はい → いつですか? _____ 月 _____ 日 □いいえ
 通院している病院(_____) 処方された薬(_____)
- ⑧ 過去14日以内に、海外や国内などで流行している地域へ行きましたか。または、そこに住んでいる人と接触しましたか? □はい □いいえ
 → いつどこへ行かれましたか? _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日、行き先 _____
- ⑨ 過去14日以内に、新型コロナウイルスに感染した人や感染した疑いがある人と接触しましたか(またはその可能性がありますか)? □はい □いいえ
 → いつごろですか? _____ 月 _____ 日ごろ
- ⑩ 現在、治療中の病気はありますか?
 □なし □高血圧 □心臓病 □糖尿病 □腎疾患 □その他(病名: _____)
 通院している病院(_____) 処方された薬(_____)
- ⑪ 他に相談したいことがあれば書いてください。