

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

(様式1)

そうしん 送 信 先	あきたけんちょうかくしょうがいしゅしえん 秋田県聴覚障害者支援センター FAX 018-862-1820				
そうしんねんがっぴ 送信年月日	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	
おなまえ お 名 前	(ふりがな: _____)		せいべつ 性別	ねんれい 年齢	さい 才
れんらく 連 絡 先	FAX番号: _____				
じゅう 住 所	_____				

かんせん しんばい しつちん こと
感染が心配なときは、次の質問にお答えください。

- ① ねつ 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 せき 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 からだ 身体のひどいだるさ(けんたいかん 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 いきぐる 息苦しさ(こきゅうこんなん 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 においやあじ 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 ほかにしょうじょう ほかにも症状がありますか? □はい(しょうじょう 症状: _____) □いいえ
→ いつからですか? _____ 月 _____ 日ごろから
- ⑦ びょういん 病院には、いきましたか? □はい → いつですか? _____ 月 _____ 日 □いいえ
つういん 通院している病院(_____) じょほう 処方された薬(_____)
- ⑧ かこ 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、そこにす 住んでいる人とせつしょく 接触しましたか? □はい □いいえ
→ いつどこへい 行かれましたか? _____ 月 _____ 日~ _____ 月 _____ 日、いきさき 行き先 _____
- ⑨ かこ 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せつしょく 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 げんざい 現在、ちりょうちゆう 治療中の病気はありますか?
□なし □こうけつあつ 高血圧 □しんぞうびょう 心臓病 □とうりょうびょう 糖尿病 □じんしつかん 腎疾患 □た びょうめい その他(病名: _____)
つういん 通院している病院(_____) じょほう 処方された薬(_____)
- ⑪ ほか 他に相談したいことがあれば書いてください。