

新型^{しんがた}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)

そう 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 名 前	(ふりがな:)			せいへつ 性別	ねんれい 年令
れん らく さき 連絡先	FAX番号:				
じゅう しょ 住 所					

感染が心配なときは、次の質問にお答えください。

- ① 熱^{ねつ}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^{せき}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^{からだ}のひどい^{けんたいかん}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^{いきぐる}しさ(呼吸^{こきゅう}困難^{こんなん})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^{あじ}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} 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^{びょういん}には、いき^{つういん}ましたか? ☐ はい → いつですか? _____ 月 _____ 日 ☐ いいえ
通院^{つういん}している病 院 (_____) 処 方^{しょほう}された 薬 (_____)
- ⑧ 過去^{かこ}14 日以内に、海外^{かいがい}や国内^{こくない}などで流 行^{りゅうこう}している地域^{ちいき}へ行きましたか。または、そこに^す住んでいる
人^{ひと}と接 触^{せつしょく}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 さき}行き先 _____
- ⑨ 過去^{かこ}14 日以内に、新型^{しんがた}コロナウイルスに感^{かん}染^{せん}した人^{ひと}や感^{かん}染^{せん}した 疑^{うたが}いがある人^{ひと}と接 触^{せつしょく}しましたか
(またはその可能性^{かのうせい}がありますか)? ☐ はい ☐ いいえ
→ いつごろですか? _____ 月 _____ 日ごろ
- ⑩ 現^{げんざい}在^{ちりょうちゅう}、治 療 中の病^{びょうめい}気はありますか?
☐ なし ☐ 高血^{こうけつあつ}圧 ☐ 心 臓^{しんぞう} 病 ☐ 糖 尿^{とうにょう} 病 ☐ 腎 疾^{じんしつかん} 患 ☐ その他 (病 名 : _____)
通院^{つういん}している病 院 (_____) 処 方^{しょほう}された 薬 (_____)
- ⑪ 他^{ほか}に 相 談^{そうだん} したいことがあれば書^かいてください。