

FAX 083-902-2568

・この用紙は聴覚に障害のある方など、電話での相談が難しい方専用です。
 ・発熱などの症状があるときは、まずかかりつけの病院に連絡して、相談してください。
 かかりつけの病院がない方は、このファックス番号に相談してください。
 ・早急な対応が必要なときは、保健所からファックスや電子メールでご連絡します。
 ・相談内容を見て、急ぎの対応は必要でないと考えられるときは、お返事が遅くなりますので、あらかじめご了承ください。なお、ファックスを送った後で症状が出るなど、変わったことがあったときは、もう一度ファックスを送ってください。

相談日		年 月 日 ()		
相談者	住所			
	お名前	性別	男 ・ 女	
		生年月日	T・S・H・R	年
	連絡先	FAX番号 ()		携帯電話番号 ()
Email アドレス ()				

1 症状

(1) 発熱	月 日～ 月 日 (°C)
(2) 咳 (せき)	月 日～ 月 日
(3) その他の症状 (どんな症状がいつからいつまでであったか)	

2 症状がでた日から2週間前までに、(1)～(5)のことがありましたか。

(1) 新型コロナウイルスに感染した人と会ったり、話したりした	はい・いいえ
(2) クラスターが発生した施設に入ったり、働いている人と会ったり、話したりした	はい・いいえ
(3) 新型コロナウイルスが流行している外国に行った	はい・いいえ
(4) 新型コロナウイルスが流行している外国に行った人と会った	はい・いいえ
(5) COCOA (新型コロナウイルス接触確認アプリ) の接触通知があった	はい・いいえ

⇒ (1) から (5) までに当てはまるときは、その時のことをくわしく書いてください。

○そのとき、マスクをしていましたか。 はい ・ いいえ

3 症状がないときは、相談したいことを具体的に書いてください。