

新型コロナウイルス感染症 相談用紙（聴覚障がい者等用）

| | |
|---------------|------------------------|
| 今日の日付 | 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 |
| ふりがな | |
| あなたのお名前 | |
| あなたがお住まいの市町名 | |
| あなたの家の FAX 番号 | |

↓ 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 () |
| 生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日） | （年齢： 歳） |
| ②どういったことでお困りですか？ | |
| <input type="checkbox"/> 症状がある 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) | |
| <input type="checkbox"/> 受診できる医療機関を知りたい ⇒ お住まいの地域はどこですか？（町名まで。番地は不要です。） () | |
| <input type="checkbox"/> その他（自由記載）※欄が足りない場合は、別の紙に書いて一緒に送信してください。 () | |
| ③かかっている病気などはありますか？ | |
| 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。