新型コロナウイルス感染症相談票（問合せ用）

私は、視覚・聴覚・言語障害者です。よろしくお願いいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 宛　先 | 送信年月日 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 送信先の  保健所 |  |
| 送信者 | 名前 | 年齢（　　歳）（男・女） |
| 住所 |  |
| 連絡先 | FAXまたはメールアドレス |

■以下の質問にお答えください。

|  |  |
| --- | --- |
| １体温は何度ですか？ | （　　　　　　 　）℃　（　　　/　　　）計測 |
| ２発熱している場合、それはいつからですか？ | （　　　 /　 　　）頃から |
| ３咳、痰がでますか？「はい」の場合それはいつからですか？ | □はい（　　 　/　　　 ）頃から　□いいえ |
| ４身体はだるいですか？ | □はい　　□いいえ |
| ５息苦しさがありますか？ | □はい　　□いいえ |
| ６味覚、嗅覚がありますか？ | □はい　　□いいえ |
| ７国外に行きましたか？「はい」の場合期間を記入してください。 | □はい（国名　　　　　　　　　　）　□いいえ  （　 　　/　　 　）～（ 　　　/　　 　） |
| ８基礎疾患はありますか？あてはまるものに○をつけてください。 | 糖尿病・高血圧・心疾患・呼吸器疾患・透析治療  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ９（女性のみ）妊娠していますか？ | □はい　　□いいえ |
| 10同居の家族はいますか？ | □はい　　□いいえ |
| 11かかりつけ医に相談しましたか？「はい」の場合なんと言われたか記入してください。 | □はい（病院名　　　　　　　　　）　□いいえ  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 12その他、伝えたいことがありましたら記入してください。 |  |

新型コロナウイルス感染症相談票（返信用）

令和　　年　　　月　　　日にご連絡いただきました件について、次のように返信いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 送信年月日 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 宛先 |  |
| 保健所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 保健所の  連絡先 | FAXまたはメールアドレス |

|  |
| --- |
| ・なるべく平易な文章で記載してください。  ・受診等を案内する場合は手話通訳者等の同行が必要か記載してください。 |