ファックス相談票

要件	新型コロナウイルスについての相談
送信先	**帰国者・接触者相談センター FAX 番号：029－301－6341** ※手話通訳を希望の方は、下記にもFAXを送ってください。 **茨城県立聴覚障害者福祉センターやすらぎ** FAX: **029－247－1369**
送信年月日	令和　　年　　月　　日
お名前	（ふりがな：　　）
年齢	歳
住所	
連絡先	**聴覚障害者のため、メールかFAXで回答してください。** FAX 番号： メールアドレス：

※ 県から、ご記入いただいた連絡先にお返事します。（平日　８：３０～１７：１５）

感染が心配なとき　→以下の質問に答えてください。（ □ に レ をつけてください ）

○ 私は、　□ 手話　が必要です。　□ 筆談　でお願いします。

○ 誰の相談ですか？　□ 私　□ 家族　［祖父・祖母・父・母・兄弟姉妹・夫・妻・子・孫・その他（　　）］
※あてはまる人に丸○を付けてください。

○ 熱がありますか？　□ はい　□ いいえ
⇒（はいの場合）いつからですか？　月　日　ごろから
⇒（はいの場合）熱は何度ですか？　（　　℃　）

○ 咳がでますか？　□ はい　□ いいえ
⇒（はいの場合）いつからですか？　月　日　ごろから

○ 身体が重い（だるい）と感じますか？　□ はい　□ いいえ
⇒（はいの場合）いつからですか？　月　日　ごろから

○ 息苦しさ（呼吸が難しい）がありますか？　□ はい　□ いいえ
⇒（はいの場合）いつからですか？　月　日　ごろから

○ 妊娠していますか？　□ はい　□ いいえ

○ 次の病気などはありますか？　□ 糖尿病　□ 呼吸器疾患　□ 心疾患　□ 透析
□ 免疫抑制剤・抗がん剤を服用している

○ 相談内容
□ 上記の症状があるので、病院で診察してもらいたい。
講演会や行事など人の多いところに行った。　□ はい　□ いいえ
感染した人と近くで会ったり話をした。　□ はい　□ いいえ　□ わからない

○ ほかに気になることや相談したいことがあれば書いてください。
［　　］