三重県新型コロナウイルス感染症対策チーム　　FAX　059-224-2275

新型コロナウイルス感染症　相談用紙（聴覚障害者等用）

今日の日付	令和　　年　　月　　日（　　）　午前　・　午後　　時　　分
ふりがな	
あなたの名前	
あなたの家の住所	三重県
あなたの家のFAX	

↓　□に✓を入れてください。ある・ないに〇をつけてください。

①ご相談は誰に関することですか？

□　自分　　□家族（間柄：　　）　　□その他（　　）

性別：　□男　　□女　　年齢：（　　）歳

誕生日：（　明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日）

②どういったことでお困りですか？

□　**2週間以内に流行地域へ行った**　⇒　**②-1へ**

□　**2週間以内に流行地域へ行った人と接触した**　⇒　**②-2へ**

□　**症状がある**　⇒　**②-3へ**

□　**その他**　⇒　**②-4へ**

②-1

どこへ、いつ行きましたか

行った国や地域　（　　）

期間　（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

②-2

その人はどこへ行っていましたか。　（　　）

その人と最後に会ったのはいつですか。　（　　年　　月　　日）

②-3

どんな症状がありますか？

□　咳　□　痰　□　熱がある（　　℃）

□　息が苦しい　□　だるい

□　その他（　　）

その症状はいつからありますか？　（　　年　　月　　日から）

②-4

≪自由記載≫

（　　）

③かかっている病気はありますか？

ある　・　ない

⇒　ある場合、　□　心臓の病気　□　呼吸の病気（喘息など）

□　人工透析をしている　□　糖尿病

□　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。