

広島県障害者支援課 (Fax 082-223-3611)

新型コロナウイルス感染症に係る F a x 相 談 票
 (聴覚に障害のある方など電話での相談が難しい方用)

現在の日時	令和2年 月 日 () 午前・午後 時 分
ふりがな	
あなたの氏名	
住 所	(あなたの住所) (感染が心配な方の住所)
自宅の Fax 番号	() -

①感染が心配な方 はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名: _____)) ※ 心配な方の性別 (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) と年齢 (____ 歳)
②感染が心配な方 は、右の質問の全 てに回答をして ください。	(1)体温は何度ですか? ____ . ____ 度 ※ 37.5度より高い場合、いつからですか? ____ 月 ____ 日頃から
	(2)症状 <input type="checkbox"/> 咳 (せき) が出る (____ 月 ____ 日頃から) <input type="checkbox"/> 息苦しい (____ 月 ____ 日頃から) <input type="checkbox"/> 身体がだるい (____ 月 ____ 日頃から) <input type="checkbox"/> その他症状がある (症状: _____, ____ 月 ____ 日頃から)
	(3)発症前 14 日以内に、中国湖北省又は浙江省、韓国大邱広域市又は慶尚北道清道郡に行きましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (____ 月 ____ 日 ~ ____ 月 ____ 日まで)
	(4)発症前 14 日以内に、上記(3)以外の流行地に行きましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (行先: _____, ____ 月 ____ 日 ~ ____ 月 ____ 日まで)
	(5)感染した方 (疑いのある方) と接触又は接触可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明
	(6)かかっている病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 呼吸の病気 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 人工透析をしている <input type="checkbox"/> その他 (_____)
③①以外に、相談し たいことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____)