

## 【高知県】 F A X 相談用紙 (聴覚障害のある方)

F A X 送信先	新型コロナウイルス健康相談センター 0120-30-0662 【受付時間】 9 : 00 ~ 21 : 00 (平日・土日祝日)				
送信日時	年	月	日	時	分
名前			年齢	歳	
住所	〒				
自宅 FAX	—		—		
メールアドレス					
風邪の症状や 37.5 度以上の発熱がありますか？					
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ    いつからですか？    月    日頃から					
咳はでますか？					
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ    いつからですか？    月    日頃から					
息苦しさ (呼吸困難) がありますか？					
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ    いつからですか？    月    日頃から					
息苦しさ (呼吸困難) がありますか？					
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ    いつからですか？    月    日頃から					
強いだるさ (倦怠感) がありますか？					
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ    いつからですか？    月    日頃から					
その他、気になる症状はありますか？ (具体的に記載をお願いします)					
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ    いつからですか？    月    日頃から <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <span style="font-size: 2em; float: left; margin-right: 10px;">[</span> <span style="float: right;">]</span> </div>					
感染した方 (疑いのある方) と接触また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					
医療機関の受診時等に手話通訳者または要約筆記者の派遣が必要ですか？					
<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 必要ない					
以下の項目のうち、該当するものがあればお知らせください。					
<input type="checkbox"/> 65 歳以上 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (COPD 等) <input type="checkbox"/> 妊娠中 (      週) <input type="checkbox"/> 透析を受けている <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤や抗がん剤等を飲んでいる					
他に相談したいことをご記入ください。					

※ 妊婦の方は、念のため早めに新型コロナウイルス健康相談センターにご相談ください。

※ 相談・受診の前に注意して欲しいこと

- 発熱等の風邪の症状があるときは、学校や会社を休み外出を控える。
- 発熱等の風邪の症状があるときは、毎日、体温を測って記録しておく。