新型コロナウイルス感染症専用ダイヤル相談票（問合せ用）

私は、盲ろう・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 | ０４５－３３０－９２４６ |
| 送信者 | (ふりがな）  名　前 | 年齢（　　）性別（男・女）  　　　　　　妊娠（可能性も含む）（有・無） |
| 住所  （市区町村） | 同居家族（あり・なし） |
| 連絡先  FAX or e-mail |  |

注）相談内容で体調悪化時の相談を選択した場合は、年齢、性別、妊娠の有無をご記入ください。

■以下の質問にお答えください。

|  |  |
| --- | --- |
| 相談内容を教えてください。 | 1. 体調悪化時の相談 2. 診療可能な医療機関を知りたい 　　＜遠隔手話通訳の利用希望：あり・なし＞ 3. その他 |
| 以下は①と②を選択した場合、記入をお願いします。 | |
| 1. かかりつけ医又は診察医は   いますか？ | □いる【病院・機関名：　　　　　　　　　　】  ＊いる場合は、はじめにそちらにご相談をお願いします。  □いない |
| 1. いつから症状がでましたか？ | （　　　 /　 　　）頃から |
| 1. 症状（複数回答可） | 息苦しい・喘息・咳・発熱・発疹・吐気嘔吐・頭痛  腹痛・味覚障害・その他（　　　　　　　　　） |
| 1. 〈1.で「いる」を選択〉   相談の有無、また「相談・診察」 の場合は結果を記入ください。 | □診察/相談済  □未診察/未相談 |
| 以下は③を選択した場合、記入をお願いします。 | |
| 問い合わせ内容を選択の上、具体的な内容を教えてください。  （複数回答可） | 療養に関すること・医療費・療養証明書・ワクチン・旧制度・その他 |