（様式 20230508 改訂）

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
2. いつから症状がでましたか？	（　　/　　）頃から
3. 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（　　）
4. 〈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 （　　）