発熱等診療予約センターへの診療予約申込票
（以下に記入の上、FAX で送信してください）

FAX 送信先：神奈川県医療危機対策本部室感染症対策グループ
FAX 番号：０４５－６３３－３７７０

＜申し込み前にご確認ください！＞
・発熱、咳、咽頭痛のいずれかの症状があり、かかりつけ医での受診ができない方を対象としています。
・透析を受けている、特別な疾患がある、妊娠中、のいずれかに該当する方は、事前にかかりつけ医にご相談してください。
・保健所や、接触者アプリ COCOA から、濃厚接触者であると連絡を受けている方は保健所等の指示に従ってください。
・本予約センターは、PCR 検査の予約を行うものではありません

申込者氏名		診療希望者との関係	□本人 □本人以外（本人との関係：　　）

以下、診療希望者について記載してください（□については該当箇所に✓）

性別	□男　□女	（女性の方のみ） 妊娠の有無	□有　□無
生年月日		年齢	
現在の症状	□発熱（　　度）　□咳 □のどの痛み　□関節が痛い □皮膚が赤い・ブツブツがある　□鼻づまり・鼻水がでる □気持ち悪い・吐き気がある　□下痢 □味やにおいがわからない　□頭痛 □その他の症状（　　）		
受診希望日時	月　日　時　～　時		
受診希望地域・最寄り駅	第１希望		
	第２希望		
	第３希望		
その他希望			

※上記希望のとおりの医療機関が見つからない場合もありますので、予めご了承ください。

＜予約センターからの連絡先＞
予約情報のご連絡、または内容の確認が必要となった場合のご希望の連絡方法・連絡先をご記入ください。
□FAX（FAX 番号：　　）
□電子メール（メールアドレス：　　）
□その他（連絡先・方法：　　）