

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。	<p>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</p>
---------------	--

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？	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/>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。	<input type="checkbox"/> 診察/相談済 () <input type="checkbox"/> 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 ()
---	--