

(参考様式)

新型コロナウイルス感染症相談票（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	0 4 5 - 2 8 5 - 0 2 1 6
送信者	名 前	年齢 (歳) (男・女)
	住 所	
	連 絡 先	FAX または メールアドレス

■以下の質問にお答えください。

1 体温は何度ですか？	() °C (/) 計測
2 発熱している場合、それはいつからですか？	(/) 頃から
3 咳、痰がでますか？「はい」の場合それはいつからですか？	<input type="checkbox"/> はい (/) 頃から <input type="checkbox"/> いいえ
4 身体はだるいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 息苦しさがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6 味覚、嗅覚がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 国外に行きましたか？「はい」の場合期間を記入してください。	<input type="checkbox"/> はい (国名) <input type="checkbox"/> いいえ (/) ~ (/)
8 基礎疾患はありますか？あてはまるものに○をつけてください。	糖尿病・高血圧・心疾患・呼吸器疾患・透析治療 その他 ()
9 (女性のみ) 妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10 同居の家族はいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11 かかりつけ医に相談しましたか？「はい」の場合なんと言われたか記入してください。	<input type="checkbox"/> はい (病院名) <input type="checkbox"/> いいえ ()
13 遠隔手話通訳の利用を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12 その他、伝えたいことがありますたら記入してください。	

(参考様式)

新型コロナウイルス感染症相談票（返信用）

令和 年 月 日にご連絡いただきました件について、次のように返信いたします。

送信年月日	令和 年 月 日
宛 先	
保 健 所 名	
担 当 者 名	
保 健 所 の 連 絡 先	FAX またはメールアドレス

- ・なるべく平易な文章で記載してください。
- ・受診等を案内する場合は手話通訳者等の同行が必要か記載してください。