

庄原市保健医療課健康推進係宛て (FAX 0824-72-3322)

(メールアドレス hoken-suishin@city.shobara.lg.jp)

新型コロナウイルス感染症に係る FAX 相談票

(聴覚に障害のある方など電話での相談が難しい方用)

現在の日時	令和2年 月 日 () 午前・午後 時 分
ふりがな	
氏名	
住所	〒 - 庄原市 町
自宅の FAX 番号	() -

①感染が心配な方は誰ですか？	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 ※心配な方の性別 (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) と年齢 (____歳)
②感染が心配な方は、右の質問のすべてに回答してください。	(1) 体温は何度ですか？ (____.____度) ※37.5度より高い場合はいつからですか？ (____月____日頃から)
	(2) 症状 <input type="checkbox"/> 咳(せき)が出る (____月____日頃から) <input type="checkbox"/> 息苦しい (____月____日頃から) <input type="checkbox"/> 身体がだるい (____月____日頃から) <input type="checkbox"/> その他症状がある(症状: _____) (____月____日頃から)
	(3) かかっている病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 呼吸の病気 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 人工透析をしている <input type="checkbox"/> その他(_____))
③その他、ご心配なことを記入してください。	

※障害のある方向けに作成しておりますが、用紙はどなたでもご利用いただけます。

※FAXで相談される場合は、FAX番号を必ず明記してください。

※相談受付時間 月～金曜日(祝日を除く) 8時30分～17時15分