

F A X 相談用紙 (聴覚障害者・難聴者・中途失聴者)

受診相談センター御中

(FAX 番号： - -)

送信日時	令和	年	月	日	時	分	
名前						年齢	歳
住所							
自宅FAX	-	-					
E-mail							@

■下記症状があるので、相談を希望します。

チェック欄 <input type="checkbox"/>	・発熱がある (37℃以上) いつから (月 日)	
チェック欄 <input type="checkbox"/>	・咳 いつから (月 日)	
チェック欄 <input type="checkbox"/>	・息苦しさ (呼吸困難) いつから (月 日)	
チェック欄 <input type="checkbox"/>	・強いだるさ (倦怠感) いつから (月 日)	
チェック欄 <input type="checkbox"/>	・嗅覚や味覚の異常 いつから (月 日)	

■これら (上記症状) による病院受診

チェック欄 <input type="checkbox"/>	【医療機関名】	【医師の診断内容】
-----------------------------------	---------	-----------

■治療中の病気

チェック欄 <input type="checkbox"/>	【病名】	【医療機関名】
-----------------------------------	------	---------

■県外への移動・往来 (FAX 送信日から1ヶ月以内)

チェック欄 <input type="checkbox"/>	【都道府県名】	【滞在期間】
		月 日 ~ 月 日

※その他、気がかりなことは、下記のとおりです。
