


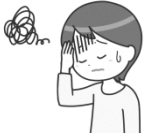





新型コロナウイルス感染症に関する聴覚障害者用

新型コロナウイルス感染症相談窓口 FAX 0852(22)6328

FAX相談用紙（ろう者・難聴者）

送信日時	年	月	日	時	分
名前				年齢	歳
住所	〒				
自宅FAX	— —				
メールアドレス					
	風邪の症状や37.5度以上の発熱がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日頃から				
	咳はでますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日頃から				
	息苦しさ（呼吸困難）はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日頃から				
	強いだるさ（倦怠感）はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日頃から				
	病気で通院していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病院名（ ）				
	7都府県（東京・埼玉・千葉・神奈川・大阪・兵庫・福岡）・海外旅行へ行った？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつ？（ 月 日～ 月 日）				
	妊婦の方へ 念のため、上記重症化しやすい方と同様に、早めに帰国者・接触者相談センターに FAX してご相談ください。				
他に相談したいことをご記入ください。					