








**【新型コロナウイルス感染症専用相談窓口（健康相談）FAX送信票】**

必要なところにチェック☑と記入をして、お近くの保健所または県庁健康推進課に送信してください

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 名前  | (ふりがな)   | 年齢  | 性別  |
|   |  | 才   | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| 住所  |  |   |   |
| FAX番号   |  |   |   |
| どんな相談か  | <input type="checkbox"/> 病院に行きたい（受診できる病院を紹介してほしい）<br><input type="checkbox"/> PCR検査ができるか聞きたい<br><input type="checkbox"/> 体調が悪いが、そのまま様子を見てもいいか聞きたい<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |   |   |
| 誰の相談か   | <input type="checkbox"/> わたし <input type="checkbox"/> わたしの家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）   |   |   |
| 熱がある<br>                | <input type="checkbox"/> はい<br><br><input type="checkbox"/> いいえ  | <input checked="" type="checkbox"/> はいの方のみ<br>いつからですか？ 月 日ごろから<br>熱は何℃ありますか？ °C   |   |
| のどが痛い<br>              | <input type="checkbox"/> はい<br><br><input type="checkbox"/> いいえ  | <input checked="" type="checkbox"/> はいの方のみ<br>いつからですか？ 月 日ごろから  |   |
| 咳がでる<br>               | <input type="checkbox"/> はい<br><br><input type="checkbox"/> いいえ  | <input checked="" type="checkbox"/> はいの方のみ<br>いつからですか？ 月 日ごろから  |   |
| 息苦しい<br>               | <input type="checkbox"/> はい<br><br><input type="checkbox"/> いいえ  | <input checked="" type="checkbox"/> はいの方のみ<br>いつからですか？ 月 日ごろから  |   |
| だるい<br>                | <input type="checkbox"/> はい<br><br><input type="checkbox"/> いいえ  | <input checked="" type="checkbox"/> はいの方のみ<br>いつからですか？ 月 日ごろから  |   |
| 治療中の病気<br>             | <input type="checkbox"/> ある<br><br><input type="checkbox"/> ない   | <input checked="" type="checkbox"/> あるの方のみ<br><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気<br><input type="checkbox"/> その他（病名）             |   |
| 感染者<br>(疑いをきむ)との接触<br> | <input type="checkbox"/> ある<br><br><input type="checkbox"/> ない   | <input checked="" type="checkbox"/> あるの方のみ<br><input type="checkbox"/> 流行地域から帰国・入国した<br><input type="checkbox"/> 流行地域から帰国・入国した人と接触した<br><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症と診断された人と接触した |   |

※内容を確認してからFAXでお返事しますので、必ずFAX番号をお書きください。