新型コロナウイルスについてのFAX相談票

送　信　先	いわて健康フォローアップセンター　FAX 050-3730-7658
送信年月日	令和　　年　　月　　日
お　名　前	（ふりがな：　　）
連　絡　先	電話番号：　　FAX番号：
住　所　地	市　・　町　・　村
相 談 内 容	健康相談　・　医療機関の紹介　・　その他（　　）
回 答 方 法	ＦＡＸ　・　電話　・　メール（アドレス：　　）

感染が心配なときは、次の質問にお答えください。

① 発熱はありますか？　　はい　□いいえ
→ どの程度の発熱がいつからですか？　　．　℃の発熱が　　月　　日ごろから

② 咳がでますか？　　□はい　□いいえ
→ いつからですか？　　月　　日ごろから

③ 身体のひどいだるさ（倦怠感）はありますか？　　□はい　□いいえ
→ いつからですか？　　月　　日ごろから

④ 息苦しさ（呼吸困難）はありますか？　　□はい　□いいえ
→ いつからですか？　　月　　日ごろから

⑤ ほかに症状がありますか？（症状：　　）
→ いつからですか？　　月　　日ごろから

⑥ 新型コロナウイルスに感染した人や感染した疑いがある人と接触しましたか（またはその可能性がありますか）？　　□はい　□いいえ
→ いつごろですか？　　月　　日ごろ

⑦ 現在、治療中の病気はありますか？
□なし　□高血圧　□心臓病　□糖尿病　□腎疾患　□その他（病名：　　）
通院している医療機関名（　　）

⑧ 他に相談したいことがあれば書いてください。