新型コロナウイルスについてのFAX相談票

|  |  |
| --- | --- |
| 送　信　先 | 〇県民医療相談センター(平日日中9～16時)：FAX 019-626-0837  〇いわて発熱等相談センター(夜間16～翌日9時・休日・年末年始：  FAX 050-3816-3649 |
| 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　はありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　はい　　□いいえ  →　どののがいつからですか？　　　　．　℃のが　　　月　　　日ごろから  ②　がでますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　□はい　　□いいえ  →　いつからですか？　　　　　　　　　　　　　　　月　　　日ごろから  ③　のひどいだるさ（）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　しさ（）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　ほかにがありますか？（症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  →　いつからですか？　　　　　　　　　　　　　　　月　　　日ごろから  ⑥　コロナウイルスにした人やしたいがある人としましたか（またはそのがありますか）？　　　　　　□はい　　□いいえ  　→　いつごろですか？　　　　　　　　　　　　　　　月　　　日ごろ  ⑦　現在、の病気はありますか？  　□なし　 □ 　□　 □ 　□ 　□その他（病名：　　　　　　　）  　　通院している医療機関名（　　　　　　　　　　　　　）  ⑧　にしたいことがあれば書いてください。 | |