新型コロナウイルス感染症　FAX相談票

（様式１）

送信先	秋田県聴覚障害者支援センター　FAX 018-862-1820				
送信年月日	令和　年　月　日				
お名前	（ふりがな：　）	性別		年令	才
連絡先	FAX番号：				
住所					

【留意事項】

この相談票は、発熱等の症状が生じた方で、次のいずれかに該当する方が使用してください。

- かかりつけ医がない方
- 相談する医療機関に迷う方

【現在の症状】

① 熱がありますか？　□はい　□いいえ

② 咳がでますか？　□はい　□いいえ

③ 身体のひどいだるさ（倦怠感）はありますか？　□はい　□いいえ

④ 息苦しさ（呼吸困難）はありますか？　□はい　□いいえ

⑤ においや味が、わからなくなっていますか？　□はい　□いいえ