

しんがた **新型コロナウイルス** かんせんしょう **感染症** そうだんひょう **FAX相談票**

(様式1)

<small>そうしんさき</small> 送信先	<small>あきたけんちょうかくしょうがいしやしえん</small> 秋田県聴覚障害者支援センター <u>FAX 018-862-1820</u>			
<small>そうしんねんがっぴ</small> 送信年月日	<small>れいわ</small> 令和	<small>ねん</small> 年	<small>がつ</small> 月	<small>にち</small> 日
<small>なまえ</small> お名前	(ふりがな: _____)		<small>せいべつ</small> 性別	<small>ねんれい</small> 年齢
<small>れんらくさき</small> 連絡先	FAX番号: _____			
<small>じゅうしょ</small> 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 |