|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＦＡＸ送信先 | 新型コロナウイルス健康相談センター**0120-30-0662**  【受付時間】9：00～21：00 （平日・土日祝日） | | |
| 送信日時 | 年　　　　　月　　　　 日 　　　　時 　　　分 | | |
| 名　　前 |  | 年　齢 | 歳 |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 自宅FAX | －　　　　　　　－ | | |
| メールアドレス |  | | |
| 風邪の症状や 37．5 度以上の発熱がありますか？  □ はい 　□ いいえ 　　　　　　　いつからですか？ 　　　月 　　　日頃から | | | |
| 咳はでますか？  □ はい 　□ いいえ 　　　　　　　いつからですか？ 　　　月 　　　日頃から | | | |
| 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 　　　日頃から | | | |
| 強いだるさ(倦怠感)はありますか？  □ はい 　□ いいえ いつからですか？ 　　　　　　　　　　月 　　　日頃から | | | |
| その他、気になる症状はありますか？（具体的に記載をお願いします）  □ はい 　□ いいえ　　　　　　　いつからですか？ 　　 　月　　　 日頃から | | | |
| 感染した方（疑いのある方）と接触または接触可能性はありますか？  □ ない 　□ ある 　□不明 | | | |
| 医療機関の受診時等に手話通訳者または要約筆記者の派遣が必要ですか？  □ 手話通訳 　□ 要約筆記 　□ 必要ない | | | |
| 以下の項目のうち、該当するものがあればお知らせください。  □ 65歳以上　 □ 糖尿病　 □ 心不全 　□ 呼吸器疾患（COPD 等）　□ 妊娠中（　　週）  □ 透析を受けている 　□ 免疫抑制剤や抗がん剤等を飲んでいる | | | |
| 他に相談したいことをご記入ください。 | | | |

**【高知県】ＦＡＸ相談用紙(聴覚障害のある方)**

※　妊婦の方は、念のため早めに新型コロナウイルス健康相談センターにご相談ください。

※　相談・受診の前に注意して欲しいこと

○　発熱等の風邪の症状があるときは、学校や会社を休み外出を控える。

○　発熱等の風邪の症状があるときは、毎日、体温を測って記録しておく。