**（メールアドレス**[**kenko@city.miyoshi.hiroshima.jp**](mailto:kenko@city.miyoshi.hiroshima.jp)**）**

**三次市健康推進課宛て（FAX　０８２４－６２－６３８２）**

新型コロナウイルス感染症に係るFAX相談票

（聴覚に障害のある方など電話での相談が難しい方用）

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の日時 | 令和２年　　月　　日（　）午前・午後　　時　　分 |
| ふりがな |  |
| あなたの氏名 |  |
| 住　所 | （あなたの住所） |
| 自宅のFAX番号 | （　　　　）　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| ①感染が心配な方はいますか？ | □いない  □いる（□自分　　□家族）  ※　心配な方の性別（□男　　□女）と年齢（　　歳） |
| ②感染が心配な方　は，右の質問の全てに回答をしてください。 | ⑴体温は何度ですか？　　　.　　度  ※　37.5度より高い場合，いつからですか？　　　月　　日頃から |
| ⑵症状  　□咳（せき）が出る（　　月　　日頃から）  　□息苦しい（　　月　　日頃から）  　□身体がだるい（　　月　　日頃から）  　□その他症状がある（症状：　　　　　，　　月　　日頃から） |
| (3)かかっている病気はありますか？  　□ない  　□ある（□心臓の病気　□呼吸の病気　□糖尿病  □をしている　□その他（　　　　　　）） |
| ③その他，ご心配なことをご記入ください。 |  |

※障害のある方向けに作成しておりますが，用紙はどなたでもご利用いただけます

※FAXで相談される場合は，FAX番号を必ず明記してください

※相談受付時間　平日（月～金）　8時30分～17時15分