

新型コロナウイルスについてのFAX相談票

送信先	岩手県庁医療政策室 FAX 019-626-0837
送信年月日	令和2年 月 日
お名前	(ふりがな：)
連絡先	FAX 番号：
住所地	市 ・ 町 ・ 村

感染が心配なときは、次の質問にお答えください。

- ① 37.5℃以上の熱ねつがありますか？ はい いいえ
→ いつからですか？ _____ 月 _____ 日ごろから
- ② 咳せきがでますか？ はい いいえ
→ いつからですか？ _____ 月 _____ 日ごろから
- ③ 身体のひどいたるさからだ（倦怠感けんたいかん）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 息苦しさいきぐる（呼吸困難こきゅうこんなん）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 ほかに症状しょうじょうがありますか？（症状： _____ ）
→ いつからですか？ _____ 月 _____ 日ごろから
- ⑥ 過去14日以内に、海外や国内などで流行している地域かいがい こくないへ行きましたか。または、そこに住んで
いる人と接触せつしょくしましたか。 はい いいえ
→ いつどこへ行かれましたか？ _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日、行き先 _____
- ⑦ 過去14日以内に、新型コロナウィルスしんがたに感染かんせんした人や感染かんせんした疑うたがいがある人と接触せつしょくし
たか（またはその可能性かのうせいがありますか）？ はい いいえ
→ いつごろですか？ _____ 月 _____ 日ごろ
- ⑧ 現在ちりょうちゅう、治療中の病気はありますか？
なし 高血圧こうけつあつ 心臓病しんそうびょう 糖尿病とうりょうびょう 腎疾患じんしつかん その他（病名： _____ ）
通院している医療機関名（ _____ ）
- ⑨ 他に相談ほか そうだんしたいことがあれば書いてください。