**広島県障害者支援課　（Fax　０８２－２２３－３６１１）**

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　　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）（感染が心配な方の住所） |
| 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（氏名：　　　　　　　　　　　　））※　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） |
| ⑶発症前14日以内に，海外に行きましたか？　□いいえ　□はい（行先：　　　　，　月　　日～　月　　日まで） |
| ⑷感染した方（疑いのある方）と接触又は接触可能性はありますか？　□ない　□ある　□不明 |
| ⑸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□人工透析をしている　□その他（　　　　　　　　）） |
| ③①以外に，相談したいことがありますか？ | □ない□ある　　　　 |