

新型コロナウイルス感染症電話相談

| ふりがな 名前 | 年齢 歳 | 性別 男・女 |
|---|---|------------|
| 連絡先 | ファクシミリ番号 () - | 送信日 月 日 |
| 質問 | | 回答 |
| 1 現在、熱が出ていますか？ | はい【いつからですか？】 月 日から 【今は何度ですか？】 度 | |
| 2 その他に、症状はありますか？ ・あてはまる症状に○をしてください ・その他、気になる症状があれば書いてください。 【 | いいえ 〔 咳・くしゃみ・鼻水 強いだるさ・息苦しさ 〕 】 | |
| 3 治療中の病気はありますか？ | はい 【 | |
| 4 相談ができる、かかりつけ医はいますか？ | はい 【 | |
| 5 過去 14 日以内に、WHO が公表する流行地域へ行きましたか？ | はい【いつ頃ですか？】 月 日 | いいえ |
| 6 過去 14 日以内に、WHO が公表する流行地域に住んでいる人や、行ったことがある人と接触したことがありますか？ | はい【いつ頃ですか？】 月 日 | いいえ |
| 7 過去 14 日以内に、感染した方や感染した疑いがある方と、同じ場所（車の中 ・同じ部屋など）で長時間過ごすなどした事はありますか？ ・どんな場所ですか？ 【 ・どれくらいの時間ですか？ 【 | いいえ 】 】 | |
| 8 他に相談したいことがあれば、書いてください。 | いいえ | |

※この用紙を確認した後、どのように対応していただか、上記連絡先にお返事いたします。

このFAX送付票は兵庫県国際交流協会が通訳者の参考資料として翻訳したもので
これをFAXしても対応できませんので、ご注意ください。