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　日ごろから

④ 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　日ごろから

⑤ ほかに症状がありますか？（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へ行きましたか。または、そこに住んでいる人と接触しましたか。　　□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、新型コロナウイルスに感染した人や感染した疑いがある人と接触しましたか（またはその可能性がありますか）？　　□はい　□いいえ

→ いつごろですか？　　月　日ごろ

⑧ 現在、治療中の病気はありますか？

□なし　□高血圧　□心臓病　□糖尿病　□腎疾患　□その他（病名：　　）

通院している医療機関名（　　）

⑨ 他に相談したいことがあれば書いてください。