







FAX 相談用紙（聴覚障害者用）

新型コロナウイルスの相談

帰国者・接触者相談センター		佐賀中部 0952-30-3464	鳥栖 0942-84-1849	唐津 0955-75-0438
FAX 番号(○をつける)		伊万里 0955-22-3829	杵藤 0954-22-4573	
送信年月日	令和 2 年 月 日			
氏名		性別	男 女	生年 月日
				大正・昭和・平成 年 月 日
住所	佐賀県			
自宅 FAX				
緊急連絡先	氏名 電話番号	本人と の関係	住所	佐賀県 市町

以下の質問にお答えください。

	風邪の症状や 37.5℃以上の熱がありますか。 →いつからですか？ 月 日 現在の体温 _____ °C	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	咳が出ますか？ →いつからですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	他に症状がありますか？（症状： ） →いつからですか？ 月 日ごろ 次の病気等があれば（ ）に○をつけてください。 （ ）糖尿病 （ ）心不全 （ ）呼吸器疾患 （ ）腎臓透析中 （ ）抗がん剤使用中 （ ）妊娠中	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	過去 14 日以内に外国（中国・韓国など）に行きましたか？ →いつ行きましたか？ 月 日 ~ 月 日 →どこに行きましたか？ 中国・韓国・その他（ ）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	過去 14 日以内に感染した人や感染の疑いのある人(中国・韓国に行った人)と接触したことはありますか？またはその可能性がありますか？ ※接触=人と会ったり、同じ場所でいたりするなど	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	過去 14 日以内に外国人と接触したことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

他に気になることや相談したいことがあれば、書いてください。

※この用紙を確認した後、どのように対応していただくかを、ご記入いただいた連絡先にお返事します。