新型コロナウイルスについてのファックス相談票

↓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相談者の連絡先へ**お返事します。**

送信先	お近くの保健所・長崎県庁（担当課）・長崎県聴覚障害者情報センターの連絡先ファックス番号を裏面に掲載しています。		
送信月日	令和２年　　月　　日	※受付時間　　9:00～17:30	
名前		年齢　　歳	
住所			
連絡先	ファックス		
	メールアドレス		

※コロナウイルス感染が心配な時は、以下の質問にお答えください。

風邪の症状や37.5度以上の熱がありますか？

□はい　　□いいえ

➡ いつからですか？　　月　　日頃から

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　　日頃から

他に症状がありますか？

□はい　　□いいえ

➡ 症状　　□腹痛　　□吐き気　　□下痢

過去14日以内に中国の湖北省、浙江所、韓国の大邱広域市、慶尚北道清道郡へ行きましたか？

□はい　　□いいえ

➡ いつ行きましたか？　　月　　日　～　月　　日

※他に相談したいことがあれば書いてください。	