

FAX 相談用紙

送信日時	令和 年 月 日 時 分		
氏名(匿名可)		年齢	
住所(市区町村名のみ)			

※休日や夜間にご相談いただいた場合、返信に時間を要することがあります。ご了承ください。

○問診表

質問	記入(回答)欄
熱はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いつからですか?: 月 日) (体温: 度)
咳はでますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いつからですか?: 月 日)
息苦しさ(呼吸困難)はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いつからですか?: 月 日)
強いだるさ(倦怠感)はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いつからですか?: 月 日)
他の症状はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐気、嘔吐 <input type="checkbox"/> その他()
持病やかかりつけ医はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 医療機関名() <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()
内服中の薬はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬名称()
保健所から濃厚接触者と言われますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いつ言われましたか? 月 日)
緊急時に対応できる方などと、一緒にお住まいですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
妊娠中ですか。(女性の方のみ回答)	<input type="checkbox"/> はい(週) <input type="checkbox"/> いいえ

○相談内容(相談したい内容を具体的に記入ください)

○回答方法について ※必須

- FAX による回答を希望 (FAX 番号:) 電話による回答を希望 (電話番号:)
- ※介護者などが
いらっしゃる場合など

※福岡市、北九州市、久留米市にお住まいの方におかれましては、当相談窓口では
ご対応出来ませんので、各市が設置している相談窓口へご連絡ください。

提出先 FAX:03-6853-4214(TEL:050-3665-8126)