

# 新型コロナウイルス感染症 F A X 相談票 (沖縄県)

(FAX 番号 098-866-2241) (電話でのご相談が難しい方)

送信年月日	令和 2 年 月 日		
(フリガナ) 氏 名	性 別	男 ・ 女	
	生年月日	T S H	年 月 日 ( 歳)
住 所	沖縄県 市・町・村		
	FAX 番号	— —	
(関係者連絡先) 家族や知人等へ電話による回答を希望される場合は、下記もご記入下さい			
氏 名		本人との関係	
電話番号	— —	住 所	県 市・町・村

※必要なところにチェック(☑)と記入をお願いします。

- 37.5℃以上の発熱がありますか？  はい  いいえ  
 →いつからですか？ 月 日頃から  
 →現在の体温( °C)
- 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(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
- ほかに症状がありますか？  はい  いいえ  
 →症状 ( )  
 →いつからですか？ 月 日頃から
- 上記の症状出現後、受診しましたか？  はい  いいえ  
 →受診した日 月 日  
 →医療機関名 ( )  
 →どのような説明を受けましたか？ ( )
- 以下に当てはまる病気等がありますか？  はい  いいえ  
 ( ) 糖尿病 ( ) 心不全 ( ) 呼吸器疾患 ( ) 透析を受けている  
 ( ) 免疫抑制剤や抗がん剤の使用 ( ) 妊娠中
- 過去14日以内に、感染した人や感染した疑いがある人と接触したことがありますか？  ある  ない
- 過去14日以内に海外に行ったことがある又は行った人と接触したことがありますか？  ある  ない  
 →国・地域名 ( )  
 →期間( 月 日 ~ 月 日)
- 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。

【事務処理欄】 対応日時 ( ) 対応者 ( )