新型コロナウイルス感染症FAX相談票　（秋田市）

送信先：秋田市保健所健康管理課FAX018（883）1158

送信年月日	令和　　年　　月　　日
名　前	男・女　年齢　　才
住　所	秋田市
自宅FAX番号	018　-　　-

あてはまるところに○をして、記入してください。　　例）ある　ない

① 熱	ある（　　℃）　ない いつからですか→　　月　　日ごろから
② せき	ある　　ない いつからですか→　　月　　日ごろから
③身体のひどいだるさ	ある　　ない いつからですか→　　月　　日ごろから
④ 息苦しさ	ある　　ない いつからですか→　　月　　日ごろから
⑤ におい	わからない　　わかる いつからですか→　　月　　日ごろから
⑥ 味	わからない　　わかる いつからですか→　　月　　日ごろから
⑦ ほかの症状がある	ある　　ない 症状（　　） いつからですか→　　月　　日ごろから
⑧ 病院に、行った	はい　　いいえ 病院名（　　）処方薬（　　）
⑨ 症状が出る前、14日以内に、秋田県外に行った	はい　　いいえ どこへ（　　） いつ（　　月　　日～　　月　　日）
秋田県外から来た方と接触	ある　　ない どこから来た方（　　） いつ（　　月　　日～　　月　　日）
感染した方や疑いのある方との接触	ある　　ない いつ（　　月　　日～　　月　　日）
⑩ 現在治療中の病気	ある　　ない 高血圧・心臓病・糖尿病・腎疾患・その他（　　） 通院している病院（　　） 処方されている薬（　　）
⑪コミュニケーション方法	筆談　　手話　　その他（　　）
⑫ 他に相談したいこと	