

- この用紙は聴覚に障害のある方など、電話での相談が難しい方専用です。
- 回答に日数を要することがあります。あらかじめ御了承ください。
- 新型コロナウイルスへの感染が疑われる場合には、保健所に連絡して、相談内容をお伝えします。また、保健所から回答させていただく場合があります。
- 手話通訳者を手配するために、下記の情報をお伝えする場合があります。

新型コロナウイルス感染症相談にかかるFAX送信票（太枠内に記入してください。）

送信年月日	令和2年 5月 8日 午前・午後 3時 30分
相談者	住所 新潟市江南区亀田向陽1-9-1
	氏名 新潟 太郎 (男) 女
	連絡先 FAX番号 (025) 381 - 4699
	メールアドレス：
	<input checked="" type="checkbox"/> ろう者 <input type="checkbox"/> 中途失聴・難聴者 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input checked="" type="checkbox"/> 手話通訳を希望します <input type="checkbox"/> 手話通訳を希望しません
1	どなたの相談ですか。 <input checked="" type="checkbox"/> わたし <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ()
2	症状が現れた日はいつですか。(5月 5日)
3	年齢を教えてください。(50 歳)
4	当てはまる症状を教えてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 37.5℃以上の熱がある <input type="checkbox"/> 咳がある <input type="checkbox"/> 息苦しい <input checked="" type="checkbox"/> だるい <input checked="" type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> その他 ()
5	かかっている病気などはありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 <input type="checkbox"/> 人工透析をしている <input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> その他の病気
6	過去14日以内に、旅行や多くの人が集まる場所に行きましたか。 <input type="checkbox"/> 旅行や多くの人が集まる場所に行った (どこに) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスに感染しているとわかった人と接触した <input type="checkbox"/> 14日以内に海外から来た人と会った (国名)

症状以外の相談は、次の欄に御記入ください。

--

新潟県使用欄（以下、記入しないでください）

対応日	一般相談	有症状相談	
		新潟県・新潟市	() 保健所

【帰国者・接触者相談センター担当者様へ】

手話通訳を希望する相談者に医療機関への受診をご案内した場合は、下欄に記入の上、本票を（一社）新潟県聴覚障害者協会（FAX:025-381-4699）まで送信願います。

※必要に応じて「手話通訳（遠隔手話通訳）」の手配を行います。

担当者名		連絡先	TEL:	FAX:
受診予定日時	令和 年 月 日	(午前・午後)	時	分から
受診医療機関				
その他連絡事項				