

新型コロナウイルス感染症に関する FAX 相談票(聴覚障がい者用)

そうしんにちじ 送信日時	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
なまえ 名前		せいねんがっぴ 生年月日	
じゅうしょ 住所		F A X	
 ねつ 熱がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日	 せき 咳がでますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日		
 いきぐる こきゅうこんなん 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	 たん 痰がでますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日		
 みかく あま から 味覚(甘さ・辛さ) <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> わかる きゅうかく 嗅覚(ニオイ) <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> わかる	 つよ けんたいかん 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		
 ほか しょうじょう ちりょうちゅう びょうき 他の症状や治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 その他() <input type="checkbox"/> いいえ			
いっかげつ以内の旅行 <input type="checkbox"/> 行ってない <input type="checkbox"/> 行った (旅行期間 月 日 ~ 月 日)			
 こくめい 国名 ()	こうつうしゅだん 交通手段  <input type="checkbox"/> 飛行機  <input type="checkbox"/> 新幹線  <input type="checkbox"/> 電車  <input type="checkbox"/> バス		
 とどうふけんめい 都道府県名 ()	 <input type="checkbox"/> 自動車  <input type="checkbox"/> タクシー  <input type="checkbox"/> 船		
ほか そうだん ※他に相談したいこと			