

しんがた そうだんひょう
新型コロナウイルスについてのファックス相談票

	相談窓口 <small>そうだんまどぐち</small>	ファックス番号 <small>ばんごう</small>	対応時間 <small>たいおうじかん</small>
送信先	<input type="checkbox"/> 奈良県庁 <small>ならけんちやう</small>	0742-27-8565	平日・土日祝 <small>へいじつ どにちしゆく</small>
	<input type="checkbox"/> 奈良市保健所 <small>ならしほけんしよ</small>	0742-34-2486	平日 <small>へいじつ</small>
		0742-34-2321	土日祝 <small>どにちしゆく</small>
	<input type="checkbox"/> 郡山保健所 <small>こおりやまほけんしよ</small>	0743-52-6095	平日 <small>へいじつ</small>
	<input type="checkbox"/> 中和保健所 <small>ちゆうわほけんしよ</small>	0744-47-2315	平日 <small>へいじつ</small>
<input type="checkbox"/> 吉野保健所 <small>よしのほけんしよ</small>	0747-52-7259	平日 <small>へいじつ</small>	8:30~17:15
送信年月日 <small>そうしんねんがつび</small> 令和 年 月 日		※必要などころにチェック (☐) 及び 記入をしてください。 <small>ひつよう およ きにゆう</small>	
あなたのお名前 <small>なまえ</small>	ふりがな	性別 <small>せいべつ</small>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <small>おとこ おんな</small>
		生年月日 <small>せいねんがつび</small>	T・S・H・R 年 月 日(歳) <small>ねん がつ にち さい</small>
あなたの 今いるところ <small>いま</small>	住所： アパート・マンションのなまえ		棟 号室 <small>とう ごうしつ</small>
FAX番号 <small>ふあつくすばんごう</small>			
電話でやりとり できる人 <small>でんわ</small>	どなた <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		でんわばんごう 電話番号 ★
誰の相談ですか <small>だれ</small>	<input type="checkbox"/> わたし 私 <input type="checkbox"/> かぞく 家族 <input type="checkbox"/> その他()		
どんな相談ですか <small>そうだん</small>	<input type="checkbox"/> しんがた 新型コロナウイルス感染症について(どういった病気か教えてほしい など) <input type="checkbox"/> 感染者と接触したかもしれない <input type="checkbox"/> 下記の症状があるので受診したい <input type="checkbox"/> その他 ※具体的に書いてください		
症状 <small>しょうじょう</small>	<input type="checkbox"/> 発熱(°C) 【 月 日から】 <input type="checkbox"/> 咳などの風邪症状 【 月 日から】 <input type="checkbox"/> 息苦しい【 月 日から】 <input type="checkbox"/> 身体がだるい【 月 日から】 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主な病歴 <small>おも</small>	今ある病気 ないふくやく 内服薬 ()	妊娠の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>にんしん うむ</small>	
かかりつけ医 <small>い</small>	※病院や医院のなまえを記入 <small>びやういん いいん きにゆう</small>		受診の有無 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) <small>じゆしん うむ</small>
その他の内容 <small>た</small>	感染検査のため医療機関を受診する場合、遠隔手話サービスの利用を希望しますか <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません <small>かんせんけんさ いりょうきかん じゆしん ばあい えんかくしゆわ りやう きぼう</small>		

記入欄が不足する場合は「別紙」をつけてください

※1 夜間・休日の場合はFAXでのお返事や、ただちに対応することが困難な場合があります。

また、体調不良により受診調整が必要な場合には、★印の連絡先を使用させていただきます。

※2 救急通報が必要な場合は、FAX119 をご利用ください。