

静岡県 発熱等受診相談センター 行き  
 〈FAX 番号：054-281-7702〉

- ・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。ご了承ください。
- ・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。

|     |               |            |
|-----|---------------|------------|
| 送信日 | 令和 年 月 日      | 時 分        |
| 相談者 | 住所：           | (市町名だけでも可) |
|     | 氏名：           |            |
|     | 連絡先 (FAX 番号)： | ( ) -      |

1 新型コロナウイルスの感染が疑われる方はこの表に記入してください。

|  |   |
|--|---|
| ① 37.5 度以上の熱がありますか。                    | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br>今の体温を書いてください【 度 分】<br>いつから熱がありましたか( 月 日から)   |
| ② 年齢を教えてください。                          | ( 歳) (男・女)  |
| ③ 妊娠していますか。                            | <input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> 妊娠していない  |
| ④ 過去 14 日以内に新型コロナウイルスに感染している人と接触しましたか。 | <input type="checkbox"/> 接触した <input type="checkbox"/> 接触していない <input type="checkbox"/> わからない<br>接触した場所( )  |
| ⑤ 過去 14 日以内に海外や国内の感染流行地域に行きましたか。       | <input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行ってない<br>(場所: )   |
| ⑥ あてはまる症状を教えてください。                     | <input type="checkbox"/> 咳がある(呼吸器症状) <input type="checkbox"/> のどの痛み(呼吸器症状)<br><input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい(呼吸困難) <input type="checkbox"/> 痰(たん)が出る<br><input type="checkbox"/> 味覚・臭覚障害がある <input type="checkbox"/> その他( )<br>いつから症状がありましたか( 月 日から) |
| ⑦ 持病(かかっている病気)はありますか。                  | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓の病気(心不全)<br><input type="checkbox"/> 呼吸器の病気(呼吸器疾患) <input type="checkbox"/> COPD、喘息等(呼吸器疾患)<br><input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他の病気( )   |
| ⑧ 最近 1、2 か月以内に薬を使用しましたか。               | <input type="checkbox"/> 使用した <input type="checkbox"/> 使用していない<br><input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 抗がん剤  |
| ⑨ 受診状況、体調について気になることがあれば記入してください。       | かかりつけ医(病院)に相談しましたか。 はい いいえ<br>いつ( 月 日) 病院名( )<br>気になる点( )   |

2 その他、新型コロナウイルスについて相談したい人は下記に内容を記入してください。

|  |
|--|
|  |
|--|