

\_\_\_\_\_ **保健所 行き** (相談窓口開設時間: 平日午前9時から午後5時まで)

質問をご記入の上、下記の保健所にFAXして下さい。後ほど、保健所からご連絡します。

**新型インフルエンザ相談票(聴覚障害者用)**

発信年月日	平成 年 月 日 午前・午後 ( ) 時 ( )
発信者	住所
	氏名 (男・女)
	年代 10代 20代 30代 40代 50代 60代以上
	連絡先 F A X : 電話番号 :
1 あなたは、7日以内に新型インフルエンザが蔓延している国や地域に滞在(旅行)しましたか? はい (滞在の国名: 当該国の出国日: ) いいえ	
2 あなたは、7日以内に新型インフルエンザの患者さんと、直接接触されたり、2メートル以内に接近するなど、何らかのかたちでの接触がありましたか? はい (接触した日時: 接触した時間: ) いいえ	
3 現在のあなたの症状について教えて下さい。 (1) 発熱はありますか? はい・いいえ 「はい」とお答えの方(体温: 度 いつからですか?: ) (2) のどの痛みはありますか? はい・いいえ 「はい」とお答えの方(いつからですか?: ) (3) 咳や痰は出ますか? はい・いいえ 「はい」とお答えの方(いつからですか?: ) (4) 鼻水もしくは鼻づまりはありますか? はい・いいえ 「はい」とお答えの方(いつからですか?: )	
4 ご相談されたいことをご記入ください。	