**【相談票】**

※メール又はＦＡＸで回答します

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 送付先 | お住まいの地域の受診・相談センター  ※平日の午前９時から午後５時まで | | |
| あなたの名前 |  | 年齢 | 歳 |
| あなたの住所 | 市　・　町　・　村 | | |
| あなたのＦＡＸ番号 |  | | |
| あなたのﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | |
| 誰の相談ですか？ | □ 自分　□ 家族  □ その他（　　　 　　） | | |
| 症状は何ですか？ | □息苦しい □体がだるい □高熱がある  □咳が出る □その他（　　　 ） | | |
| 基礎疾患や  飲んでいる薬はありますか？ | □糖尿病 □心不全 □呼吸器疾患  □人工透析 □免疫抑制剤 □抗がん剤  □その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| その他特記事項 |  | | |