








Fax相談票(ろう者・難聴者・中途失聴者⇒大津市保健所)

送信先	大津市保健所 感染症対策係 FAX 077-525-6161	
送信日時	令和2年 月 日 時 分	
名前・生年月日	(明治・大正・昭和・平成 年 月 日)	
住所		
自宅FAX		
メールアドレス	<small>※メールは回答に時間がかかる場合があります</small>	
	37.5℃以上の発熱(はつねつ)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →いつからですか? _____月 _____日
	咳(せき)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →いつからですか? _____月 _____日
	息苦しさや、呼吸困難(こきゅうこんなん)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →いつからですか? _____月 _____日
	感染の心当たり(会った人や、出かけた場所に感染者がいた)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →いつ _____月 _____日 →どこで →だれ
	他の症状や、治療中の病気がある(当てはまるものをすべて選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐(おうと) <input type="checkbox"/> 倦怠感(だるさ) <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 透析(とうせき)治療中 <input type="checkbox"/> 妊娠中(妊娠 週)
	その他 気になる症状(くわしく)	
	緊急連絡先(保健所から電話をする場合があります)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(家族 ・ 市役所職員 ・ その他()) 名前 電話番号