

帰国者・接触者相談センターFAX相談票（宮崎県）

（聴覚に障がいがある方や音声による相談に不安がある方向け）

（FAX 番号 0985-44-2616）

この用紙を確認した後、どのように対応していただくかを、ご記入いただいた連絡先に回答します。

送信年月日	令和2年 月 日		
(フリガナ) 氏名	性別	男・女	
	生年月日	T S H	年 月 日 () 歳
住所	宮崎県 市・町・村 (アパート等の名前)		棟 号室
FAX 番号	- -	現在の居場所	自宅 その他()
(緊急連絡先) ※任意記載事項 お近くに電話対応可能な方がいらっしゃる場合で、緊急時にその方への電話による回答を希望される場合は以下もご記入ください。			
氏名		本人との関係	
電話番号	- -	住所	(市町村名まで) 県 市・町・村

感染が心配なときは以下の質問にお答えください。※必要なところにチェック(☑)と記入をしてください。

○息苦しさはありますか？ 強い(呼吸困難) ややある いいえ
→いつからですか？ ____月 ____日 ____ごろから

○だるさ(倦怠感)はありますか？ 強い ややある いいえ
→いつからですか？ ____月 ____日 ____ごろから

○発熱がありますか？ はい いいえ
→いつからですか？ ____月 ____日 ____ごろから →現在の体温 ____℃

○ほかに症状がありますか？(症状: _____)
→いつからですか？ ____月 ____日 ____ごろから

○以下の病気等があれば()に○を付してください。
()糖尿病 ()心不全 ()呼吸器疾患(COPD等) ()透析を受けている
()免疫抑制剤や抗がん剤等の使用 ()妊娠中

○過去14日以内に、感染した人と接触したことがありますか？ ある ない

○過去14日以内に海外の流行地域への渡航がありますか？ ある ない
→いつ渡航しましたか？ ____月 ____日～ ____月 ____日(国: _____)

○過去14日以内に県外の流行地域に居住または滞在歴がありますか？ ある ない
→いつ居住・滞在しましたか？ ____月 ____日～ ____月 ____日(場所: _____)

○医療機関への受診の意向がありますか？ ある ない

○他に気になることや相談したいことがあれば書いてください。

（事務処理欄） 処理済 （回答者 _____）