保健所にFAXをする時参考にしてください。

FAX

新型コロナウィルス感染に関する相談　（聴覚障害者用）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿＿

FAX番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○ 熱は？＿＿度　37.5度以上は？＿＿月＿＿日から

○ 咳は？　・出ている（　月　日から）・出ていない

○ 呼吸は？　・息苦しい　・息苦しくない

○ 便は？　・下痢（　月　日から）　・下痢ではない

○ 食欲は？　・いつも通り食べられる　・食べられない

○ からだのだるさは？

・だるい（　月　日から）　・だるくない

ほかに相談したいこと・気になること