

横浜市新型コロナウイルス感染症コールセンターへのFAX相談票

(以下に記入してFAXしてください。)

年 月 日

横浜市新型コロナウイルス感染症コールセンター 担当者様

私は聴覚障害者ですので、以下の通りFAXで相談します。

相談者・ご本人について (必ずご記入ください)			
相談者 氏名		ご本人 との 関係	*該当するほうに☑をしてください。 □症状のあるご本人 □ご本人以外 (ご本人との関係：)
手話通訳	受診する時に手話通訳を 希望する・希望しない		
タブレット 等	インターネット通信可能なタブレットかスマートフォンを 持っている ・ 持っていない		
ご本人の 情報	症状のあるご本人の年齢 () 歳		
	* 次の事項に当てはまる場合は☑をしてください。 □ 医療機関勤務 □ タクシー運転手 □ ダイヤモンド・プリンセス下船者 □ 以下のいずれかに該当する (該当するものに○をつけてください) ① 高齢者 ② 糖尿病、心不全、呼吸器疾患 (COPD等) の病気を持っている ③ 透析を受けている ④ 免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている ⑤ 妊婦		
センター からの回 答方法 (連絡先)	* 希望するものに☑をして、連絡先をご記入ください。 /センターからご連絡するまでは、不要不急の外出を避け、もし外出するときはマスクを着用し、手洗いや咳エチケットを徹底してください。 □ FAX (FAX番号：) □ 電子メール (メールアドレス：) □ その他 (連絡先・方法：)		
相談内容 (該当するものについてご記入又は☑をしてください)			
発熱	発症： 月 日頃から 最高： °C (月日 時頃) 現在： °C (月 日 時頃) 平熱： °Cくらい		
呼吸器 症状	発症： 月 日頃から 症状： □ 咳 □ たん □ 咽頭痛 □ 倦怠感 □ 鼻水 □ その他 ()		
接触歴	□ 新型コロナウイルスに感染した人と濃厚接触したことがある (令和 年 月 日～ 年 月 日頃) □ 発症前日14以内に外国に渡航・居住していた。または渡航・居住していた人と濃厚接触歴がある (具体的な地域名：) (令和 年 月 日～ 年 月 日頃)		
医療機関	医療機関を すでに受診した ・ まだ受診していない		
相談 内容			
横浜市新型コロナウイルス感染症コールセンター FAX:045-846-0500			