2022/7/19改定

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：　　）
居住区及び 最寄り駅	区 駅		
手話通訳	受診する時に手話通訳を 希望する・希望しない		
ﾀﾌﾞﾚｯﾄ 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 □自家用車での移動可能 □以下のいずれかに該当する（該当するものに〇をつけてください） 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：　℃（月日　　時頃） 現在：　℃（月　　日　　時頃）平熱：　　℃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）
医療機関	医療機関を　すでに受診した　・　すでに受診した（検査し陽性だった） まだ受診していない　・ まだ受診していない（キットや検査場で陽性だった）
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