（第３版）

新潟県　新型コロナウイルス感染症に関する一般健康相談窓口　行き

・この用紙は聴覚に障害のある方など、電話でのご相談が難しい方専用です。
・回答に日数を要することがあります。あらかじめ御了承ください。
・新型コロナウイルスへの感染が疑われる場合には、診療・検査医療機関の紹介等を行います。
・手話通訳者を手配するために、下記の情報をお伝えする場合があります。

新型コロナウイルス感染症相談にかかるFAX送信票（太枠内に記入してください。）

送信年月日	令和　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分
相談者	住所
	氏名　　（男・女）
	連絡先　FAX番号（　　）　　ー メールアドレス：
	□ろう者　□中途失聴・難聴者　□その他（　　）
	□手話通訳を希望します　□手話通訳を希望しません

１ どなたの相談ですか。　□わたし　□家族　□友人　□その他（　　）
２ 症状が現れた日はいつですか。（　　月　　日）
３ 年齢を教えてください。（　　歳）
４ 当てはまる症状を教えてください。
　□熱がある　□味がしない、においがしない
　□咳がある　□息苦しい　□だるい　□頭痛　□その他（　　）
５ かかっている病気などはありますか。
　□糖尿病　□心臓の病気　□呼吸器の病気　□人工透析をしている
　□妊娠している　□その他の病気
６ 旅行に行きましたか。また、感染した人に会いましたか。
　□患者が多い都道府県や海外に行った（どこに　　）
　□新型コロナウイルスに感染しているとわかった人と接触した

症状以外の相談は、次の欄に御記入ください。

新潟県使用欄（以下、記入しないでください）

対応日	一般相談	有症状相談		
		新潟県・新潟市	（　　）保健所	

【新型コロナウイルス感染症に関する一般健康相談窓口担当者様へ】
手話通訳を希望する相談者に医療機関への受診をご案内した場合は、下欄に記入の上、本票を（一社）新潟県聴覚障害者協会（FAX:025-381-4699）まで送信願います。
※必要に応じて「手話通訳（遠隔手話通訳）」の手配を行います。

担当者名		連絡先	TEL:　　FAX:
受診予定日時	令和　年　　月　　日　（午前・午後）　　時　　分から		
受診医療機関			
その他連絡事項			