

FAX相談用紙（ろう者・難聴者・中途失聴者）

相談窓口 FAX 送信先	<input type="checkbox"/> 徳島保健所 088-652-9334 <input type="checkbox"/> 吉野川保健所 0883-22-1760 <input type="checkbox"/> 阿南保健所 0884-22-6404 <input type="checkbox"/> 美波保健所 0884-74-7365 <input type="checkbox"/> 美馬保健所 0883-53-9446 <input type="checkbox"/> 三好保健所 0883-72-6884 ※お近くの保健所にFAXしてください。			
送信日時	令和2年	月	日	時 分
名前		男・女	生年月日	年 月 日（歳）
住所	〒			
自宅FAX	— —			
メール				
	① 風邪の症状や37.5度以上の発熱がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつから？ 月 日頃から		② からだに強いだるさ(倦怠感)がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつから？ 月 日頃から	
	③ 味覚・嗅覚に異常はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつから？ 月 日頃から		④ 咳はでますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつから？ 月 日頃から	
	⑤ 息苦しさ(呼吸困難)はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつから？ 月 日頃から			
⑥ 治療中の病気(基礎疾患等)はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ()				
⑦ 過去14日以内に、感染した人や疑いがある人と接触したことがありますか？ またはその可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (月 日ごろから)				
他に相談したいこと、心配したいことがあればご記入ください。 ()				

必須 【以下について、必ずご確認ください、必要なものに☑してください】

受診先・入院先での手話通訳・要約筆記を希望します（手話通訳・要約筆記）

「本用紙の内容」「受診・検査・入院に関すること」「通訳依頼の希望」について、保健所等から視聴覚障がい者支援センターへ連絡することを承諾します

※視聴覚障がい者支援センターから、相談者に連絡する可能性があります