

静岡県発熱等受診相談センター 行き
 〈FAX 送信先：054-281-7702〉

※この用紙は聴覚に障害のある方など電話での相談が難しい方専用です。

送信日	令和	年	月	日	時	分
体調の悪い方	氏名：			生年月日：T S H R . .		
	住所：			(字名までで可)		年齢 (歳)
	連絡先 (FAX 番号)： - -					
相談者 (記載者)	本人 ・ 本人以外 (続柄：) ※○をつけてください					

相談したいことや現在の症状等について教えてください。

相談したいこと	<input type="checkbox"/> 体調が悪いので受診したいが、受診先がわからない。 <input type="checkbox"/> すでに新型コロナウイルス感染症と診断を受けているが、体調が悪いので相談したい。 <input type="checkbox"/> 自己検査をしたところ陽性だった。どうしたらよいか？ <input type="checkbox"/> その他→「その他伝えたいこと、相談したいこと」に記載してください
① あてはまる症状があれば教えてください。	<input type="checkbox"/> 発熱 (現在の体温： . °C) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい (呼吸困難) <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 水分がほとんどとれない (1日 ml 程度) <input type="checkbox"/> 食事がほとんどとれない <input type="checkbox"/> その他 ()
② ①の症状はいつからありましたか。	一番早くからあった症状 () 症状の出た日 (月 日)
③ 持病 (現在治療中の病気) はありますか。	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> COPD、喘息等 (呼吸器疾患) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> その他の病気 ()
④ 現在服用している薬があれば教えてください。	<input type="checkbox"/> 薬は服用していない <input type="checkbox"/> 持病の薬 (普段から飲んでいる薬) のみ服用 <input type="checkbox"/> 今回処方された薬を服用 (名前：) <input type="checkbox"/> 市販薬を服用 (名前：)
⑤ 今回の症状に関する受診状況を教えてください。	<input type="checkbox"/> 今回はまだどこにも受診していない <input type="checkbox"/> 受診した (月 日/受診先：)
その他伝えたいこと・相談したいこと	