

新型しんがたコロナウイルスかんせんしょう感染症けんこう 健康そうだん ひょう相談票

メール：sodan-corona@medi-staffsup.com

FAX番号：022-200-2965

令和れいわ 年ねん 月がつ 日にち 時じ 分ぶん

名前なまえ

性別せいべつ

年齢ねんれい

住所じゅうしょ

FAX番号ばんごう

どなたについての相談そうだんですか？本人ほんにん 本人以外ほんにんいがい→本人との関係ほんにん かんけい（ ）

相談内容そうだんないようを教えてくださいおし。

① 7日以内にち いないに新型しんがたコロナウイルスかんせんしゃ感染者あと会あいましたか？

いいえ

はい→いつ、どこで、だれと（ ）

② 今いま、どのような症状しょうじょうがありますか？

<input type="checkbox"/> 発熱 はつねつ (°C)	いつから が 月 日 ~	いつから が 月 日 ~	
<input type="checkbox"/> 頭痛 づつう	が 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 痰 たん	が 月 日 ~
<input type="checkbox"/> 咳 せき	が 月 日 ~	<input type="checkbox"/> においを感じにくい かん	が 月 日 ~
<input type="checkbox"/> 吐き気・おう吐 は け と	が 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 強いだるさ つよ	が 月 日 ~
<input type="checkbox"/> 息苦しさ いきぐる	が 月 日 ~	<input type="checkbox"/> のどの痛み いた	が 月 日 ~
<input type="checkbox"/> 鼻づまり・鼻水 はな はなみず	が 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 下痢 げり	が 月 日 ~
<input type="checkbox"/> その他 ほか （ ）		<input type="checkbox"/> 味がしない あじ	が 月 日 ~

③ 上記②じょうきの症状しょうじょうで、病院びょういんに相談そうだん・受診じゅしんをしましたか？

いいえ→風邪かぜの時に受診ときする病院びょういんがあれば、病院名びょういんめいを記入きにゅうしてください（ ）

はい→いつですか？（ 月 日 ）、どこの病院びょういんですか？（ ）

病院びょういんから、どんなお話はなしがありましたか？

症状しょうじょうが良よくならない時ときはまた受診じゅしんするよういに言いわれた

症状しょうじょうが良よくならない時ときはコールセンターそうだんに相談いするよういに言いわれた

特に話とくしが無はなかった・分なからない

受診じゅしんを断ことわられた

④ 今いま、病気びょうきや妊娠にんしんなどはありますか？

ない

ある→ 糖尿病とうようびょう 心不全しんふぜん 呼吸器こきゅうきの病気びょうき（COPDなど）
 抗がん剤こうがんざい使用 免疫抑制剤めんえきよくせいざい使用 透析とうせき 妊娠にんしんしている

その他た（ ）

緊急きんきゅうの症状しょうじょうがある場合ばあいには、救急車きゅうきゆうしゃを呼んでください。