

【聴覚障害者の方向けファクシミリ相談】

東京都新型コロナ相談センター 行き

(FAX 03-4510-4515)

この用紙は聴覚に障害があり、電話での相談が難しい方のファクシミリ相談専用です。

回答に日数を要することがあります。あらかじめご了承ください。

新型コロナウイルス感染症相談にかかるFAX送付票

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 ()

相談内容について次の欄にご記入ください。

--

症状に係る相談の場合は次の欄をご記入ください。

1	どなたの相談ですか。 <input type="checkbox"/> わたし <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 37.5℃以上の熱がある <input type="checkbox"/> 咳がある <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> その他()
5	かかっている病気などがありますか。 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 <input type="checkbox"/> 人工透析をしている <input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> その他の病気()

センター使用欄(以下、記入しないでください。)

対応日	一般相談	医療相談