新型インフルエンザＦＡＸ相談用紙

発信年月日	平成　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分
送信先 ＦＡＸ先	新型インフルエンザ相談窓口　行 ＦＡＸ：
発信者	住　所：＿＿＿＿＿＿＿＿　職業：＿＿＿＿＿＿ 氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　（年齢　　） 連絡方法：ＦＡＸ：＿＿＿＿＿＿＿＿ ＦＡＸ以外の方法：＿＿＿＿＿＿＿＿

次の項目に記載のうえ送信してください。後ほど、当方から上に記載された連絡方法により連絡します。

◆1　現在のあなたの体の症状について教えてください。

- 熱は 38℃以上ありますか？　ある（　　℃、　　日から　）　・　ない
- 鼻水、鼻づまりはありますか？　ある（　　日から　）　・　ない
- のどの痛みはありますか？　ある（　　日から　）　・　ない
- せきはでますか？　ある（　　日から　）　・　ない
- 熱っぽさ、さむけはありますか？　ある（　　日から　）　・　ない
- その他の症状はありますか？　ある（　　日から　）　・　ない

どんな症状？＿＿＿＿＿＿＿＿

◆2　かかりつけ医の有無について教えてください。

- 発熱したときに受診したことのあるかかりつけ医はいますか。
  - いる（医療機関名：　　）
    →その医療機関で受診できるかＦＡＸ等でお問い合わせください。
  - いない
    →受診する医療機関が分かる方はその医療機関で受診できるかＦＡＸ等でお問い合わせください。
    →受診する医療機関が分からない方は，こちらからお近くの医療機関をお知らせします。念のため医療機関にＦＡＸ等で連絡してから受診ください。

◆3　新型インフルエンザ患者との接触の有無について教えてください。

- 7 日以内に新型インフルエンザ患者と直接接触又は 2m以内に接近など何らかの形で接触がありましたか？　ある　（　　）　・　なし
- 職場、学校または家庭などにインフルエンザ様症状の人がいますか？
  いる　（　　）　・いない

◆4　その他　相談したい事項をお書きください。

（　　）