

新型コロナウイルス 問診票（聴覚障がいの方用）

1	日付	令和 年 月 日
2	(ふりがな) 名前	
3	年齢・性別	
4	住所	
5	FAX	
6	症状がある場合は、 <input type="checkbox"/> に✓を入れ、様子をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 熱（ 度） いつから（ / ）
		<input type="checkbox"/> 咳や痰（ ） いつから（ / ）
		<input type="checkbox"/> 息苦しさ（呼吸困難） いつから（ / ）
		<input type="checkbox"/> 強いだるさ（倦怠感） いつから（ / ）
7	今回の受診の状況	
8	流行地へ行ったことがある場合	いつ（ / ～ / ） どこ（ ）
9	流行地へ行った人との接触がある場合	いつ（ / ～ / ） どこ（ ）
10	かかっている病気がありますか	（ある場合）
11	その他	

返信内容 ↓ 下記は記入しないでください（保健所からの返信専用です）