

山口県 新型コロナウイルス感染症相談窓口 行き

FAX 083-902-2568

- ・この用紙は聴覚に障害のある方など、電話でのご相談が難しい方専用です。
- ・いただいたご相談の内容は、あなたがお住まいの地域の保健所にお伝えします。
- ・感染が疑われるなど、早急な対応が必要な場合には、保健所から連絡がありますので、直接、助言等を受けてください。
- ・相談内容から、ただちに受診の必要がないと判断される場合には、回答に日数をいただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。なお、ファックス送信後に症状が出るなど、状況が変化した場合は、お手数ですが、再度、ファックスでご連絡ください。

相談日		年 月 日 ( )	
相談者	住所		
	氏名	性別	・男 ・女
		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
連絡先	FAX番号 ( )	携帯電話番号 ( )	
		Email アドレス ( )	

※上記の太枠内はすべて記入してください。症状があって緊急の場合は、携帯電話番号かEmailアドレスを記入してください。

相談したい内容	
症状がある場合 (健康状態の確認)	症状がない場合
1 症状	※相談したいことを具体的に書いてください。
(1) 発熱 月 日～ 月 日 ( °C)	
(2) 咳 (せき) 月 日～ 月 日	
(3) その他の症状 (どんな症状がいつからいつまであったか)	
2 病院へ ・行った ・行っていない	
行った場合 (1) 行った日 月 日	
(2) 行った病院 ( 市・町 )	
(3) もらった薬 ・ある ・ない	
3 症状があった日から2週間以内の県外移動 ・あり ・なし	
あった場合 (1) 移動期間 月 日～ 月 日	
(2) 行った所	
(3) 移動方法 ・自家用車 ・公共交通機関	
4 流行地域へ行った人や新型コロナウイルス感染症と診断された人との接触	
(1) 接触 ・ある ・ない ・不明	
ある場合 ( 月 日～ 月 日)	
(2) 接触した人の状況	
(3) 接触した場所 ・国内 ・国外	
具体的な地名	