

ファックス相談ひょう まえばしほけんじょ
FAX相談票 (前橋市保健所あて)

用 件	新型 <small>しんがた</small> コロナウイルスについての相談 <small>そうだん</small>
送 信 先	受付時間 <small>うけつけじかん</small> 午前8時30分 <small>ごぜん じ ぶん</small> ～午後5時15分 <small>ごご じ ぶん</small> 前橋市保健所 <small>まえばしほけんじょ</small> 保健予防課 <small>ほけんよぼうか</small> FAX番号：027-224-0630 <small>ファクスばんごう</small>
送信年月日	令和 <small>れいわ</small> 年 <small>ねん</small> 月 <small>がつ</small> 日 <small>にち</small> 午前・午後 <small>ごぜん ごご</small> 時 <small>じ</small> 分 <small>ぶん</small>
お 名 前	(歳) (ふりがな)
住 所	前橋市 <small>まえばしし</small>
連 絡 先	FAX番号： メールアドレス：
<p>以下の質問にお答えください。</p> <p>・かかりつけのお医者さん、かぜのときにかかるお医者さんはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>→ 病院名を教えてください。病院名 _____</p>	
<p>・熱は37.5度以上ありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>→ 体温は何℃ですか？ _____ °C</p> <p>→ 発熱がある場合はいつからですか？ _____ 月 _____ 日ごろから</p>	
<p>・咳が出ますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____ 月 _____ 日ごろから</p> <p>・のどは痛いですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____ 月 _____ 日ごろから</p> <p>・息苦しいですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____ 月 _____ 日ごろから</p> <p>・強いだるさがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____ 月 _____ 日ごろから</p> <p>・においや味がいつもと違いますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____ 月 _____ 日ごろから</p>	
<p>・過去14日以内に旅行や人混みに行きましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>→ いつですか？ _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日 (_____ 月 _____ 日ごろ)</p> <p>→ どこに行きましたか？ (場所： _____)</p>	
<p>・過去14日以内に、感染した人や感染した疑いがある人と接触しましたか？ (または、その可能性がありますか？) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p>	
<p>・他に相談したいことがあるときは相談したいことを書いてください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	