

# 新型インフルエンザ相談用紙（聴覚障害者用）

発信年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分
送信先 FAX先	<b>最寄りの保健所 行</b> FAX 東地方保健所:017-742-7250 弘前保健所: 0172-33-8524 八戸保健所: 0178-27-1594 五所川原保健所:0173-34-7516 上十三保健所:0176-23-4246 むつ保健所: 0175-24-3449 青森市保健所:017-765-5202 県庁 保健衛生課:017-734-8047
発信者	住所: _____ 氏名: _____ (男・女) (年齢 歳) 職業: _____ 連絡先FAX番号: _____ FAX以外の連絡方法: _____
次の項目に記載して、FAX してください。後ほど、当方から連絡します。	
<b>◆1 現在のあなたの体の症状について教えてください。</b> <input type="checkbox"/> 発熱は38℃以上ありますか? [ はい ・ いいえ ] <input type="checkbox"/> 現在の体温は? [ _____℃ ] <input type="checkbox"/> のどの痛みはありますか? [ はい ・ いいえ ] <input type="checkbox"/> 「せき」や「たん」がでますか? [ なし ・ せきだけ ・ たんだけ ・ 両方あり ] <input type="checkbox"/> 熱っぽいですか? 又は寒気がしますか? [ はい ・ いいえ ] <input type="checkbox"/> 鼻水や鼻づまりはありますか? [ はい ・ いいえ ]	
<b>◆2 あなたの渡航歴等について教えてください。</b> <input type="checkbox"/> 7日以内に新型インフルエンザが発生している国や地域に滞在（旅行）しましたか? [ いいえ ・ はい → 滞在の国等名 当該国等の出国日 ] <input type="checkbox"/> 7日以内に海外渡航者と接触がありましたか? [ いいえ ・ はい → 滞在の国等名 当該国等の出国日 ]	
<b>◆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。</b> <input type="checkbox"/> 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? [ はい ・ いいえ ・ わからない ]	
<b>◆4 相談したい事項</b> ( _____ )	