

相談用紙（聴覚に障がいのある方など）

名 前	年 齢 才 （ 男性 ・ 女性 ）
住 所	北海道
連 絡 先	FAX メールアドレス
熱がある	ある (°C) 月 日から, 熱がでた
	ない
	前にあった 月 日から 月 日まで
	<その間, 熱が °Cあった>
セキがある	ある 月 日から, セキがでた
	ない
	前にあった 月 日から 月 日まで
のどの痛みがある	ある 月 日から, のどの痛みがでた
	ない
	前にあった 月 日から 月 日まで
息がしづらい	息がしづらい 月 日から, 息がしづらい
	ない
	前にあった 月 日から 月 日まで
からだの だるさがある	ある 月 日から, からだのだるさがでた
	ない
	前にあった 月 日から 月 日まで
定期的に通院して いる病気がある	ある 糖尿病 心臓の病気 (病名:) 呼吸器の病気 (病名:) その他 (病名:)
	ない
渡航歴がある、ま たは、渡航歴のあ る人との接触があ る	渡航歴なし ・ 渡航歴あり (ご本人 ・ ご本人以外) 渡航場所: 渡航期間: 月 日~ 月 日
そ の 他 (相談したいこと)	

※ 記載いただいた内容を確認した後、メールもしくはFAXにてお返事いたします。