

インフルエンザFAX相談用紙

発信年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分
送信先 FAX先 (厚生センター/保健所)	FAX:
発信者 (あなたの名前や連絡先)	住所: _____ 職業: _____
	氏名: _____ (男・女) (年齢)
	連絡方法: FAX: _____
	FAX以外の方法: _____

次の項目に記載のうえ送信してください。後ほど、当方から上に記載された連絡方法により連絡します。

◆1 現在のあなたの体の症状について教えてください。

- ・熱は38℃以上ありますか? ある (_____ °C、 _____ 日から) ・ ない
- ・鼻水、鼻づまりはありますか? ある (_____ 日から) ・ ない
- ・のどの痛みはありますか? ある (_____ 日から) ・ ない
- ・せきはでますか? ある (_____ 日から) ・ ない
- ・熱っぽさ、さむけはありますか? ある (_____ 日から) ・ ない

◆2 相談したい事項をお書きください。