

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 （ ℃） 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 ℃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。