

保健医療情報センター(ひまわり) 行き

(FAX 03-5285-8080)

「かかりつけ医」がいらっしゃる方は、まず「かかりつけ医」にご相談ください。
そうでない場合は、次の項目をご記入の上、FAXして下さい。

新型インフルエンザ相談等にかかるFAX送付票(聴覚障害者用)

| | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|-------|---|---|
| 発信年月日 | 平成21年 | 月 | 日 | 午前・午後 | 時 | 分 |
| 相談者 (回答の 送信先) | 住所 | | | | | |
| | 氏名 (男・女) | | | | | |
| | 連絡先 FAX: | | | 電話番号: | | |
| | 可能なコミュニケーション手段 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |

相談者御本人の相談ですか。 はい・いいえ →患者さんとの関係 ()
(あてはまるものに○をつけてください)

年齢(相談者御本人の相談でない場合、患者さんの年齢) : (歳)

現在の症状等 : (発熱 度) (症状:)

↓ 御要望の事項のいずれかに○をおつけください。

() 医療機関案内を希望(あてはまる箇所に○をつけ、必要事項をご記入ください)

・ () 今すぐ受診したい

・ () 翌日以降受診したい(受診希望日時 月 日 時頃)

() 新型インフルエンザに関する保健医療相談を希望(相談内容をご記入ください)

[]

(注) 夜間休日の新型インフルエンザに関する相談は、平日午前9時以降に各保健所新型インフルエンザ相談センターから回答いたします。(12/29から1/3を除く)