

東京都保健医療情報センター(ひまわり) 行き

(FAX 03-5285-8080)

次の項目をご記入の上、FAXして下さい。後ほど、発熱相談センターからご連絡いたします。

新型インフルエンザ相談票(聴覚障害者用)

発信年月日	平成21年	月	日	午前・午後	()	時	()
発信者	住所						
	氏名 (男・女)						
	年代	10代	20代	30代	40代	50代	60代以上
	連絡先	F A X :					
	電話番号 :						
<p>1 あなたは、7日以内に新型インフルエンザが蔓延している国や地域に滞在(旅行)しましたか? (「蔓延している国や地域」は福祉保健局ホームページを参照してください。)</p> <p>はい (滞在の国名: 当該国の出国日:)</p> <p>いいえ</p>							
<p>2 あなたは、7日以内に新型インフルエンザの患者さんと、直接接触されたり、2メートル以内に接近するなど、何らかのかたちでの接触がありましたか?</p> <p>はい (接触した日時: 接触した時間:)</p> <p>いいえ</p>							
<p>3 現在のあなたの症状について教えて下さい。</p> <p>(1) 発熱はありますか? はい・いいえ 「はい」とお答えの方(体温: 度 いつからですか?:)</p> <p>(2) のどの痛みはありますか? はい・いいえ 「はい」とお答えの方(いつからですか?:)</p> <p>(3) 咳や痰は出ますか? はい・いいえ 「はい」とお答えの方(いつからですか?:)</p> <p>(4) 悪寒はありますか? はい・いいえ 「はい」とお答えの方(いつからですか?:)</p> <p>(5) 鼻水もしくは鼻づまりはありますか? はい・いいえ 「はい」とお答えの方(いつからですか?:)</p>							
<p>4 ご相談されたいことをご記入ください。</p>							