

ふりがな ( ) なまえ お名前	ねんれい 年齢	そうしんび 送信日
	さい 歳	れいわ ねん がつ にち 令和2年 月 日
れんらくさき 連絡先	ばんごう FAX番号 ( )	
メールアドレス		

い か しつもん こた  
以下の質問にお答えください。

① 37度5分以上の熱が4日以上続いていますか？	( ) 度
いつからですか？	( ) 月 ( ) 日ごろから
② 息苦しさを伴う咳は出ますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
いつからですか？	( ) 月 ( ) 日ごろから
③ 身体に強いだるさがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
いつからですか？	( ) 月 ( ) 日ごろから
④ 治療中の病気（基礎疾患等）はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	( )
⑤ 過去14日以内に、感染した方や疑いがある方と接触したことがありますか？またはその可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	( ) 月 ( ) 日ごろから
⑥ 過去14日以内に、中国湖北省、浙江省、韓国大邱広域市又は慶尚北道清道群へ行きましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	( 月 日 ~ 月 日まで)
ほか 相談したいこと、心配な事があれば書いてください。	

かくにん あと じょうきれんらくさき へんじ  
このFAXを確認した後、どのように対応いただくか、上記連絡先にお返事します。