石川県健康福祉部健康推進課　行き　（FAX：076－225－1444）

新型インフルエンザFAX相談用紙

次の項目をご記入の上、FAXしてください。後ほど、地域の新型インフルエンザ相談窓口からご連絡します。

発信年月日	年　　月　　日　午前 ・ 午後（　　）時（　　）分
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
	連絡方法　FAX番号： FAX以外の方法：

1　現在のあなたの症状について教えてください。

（1）熱はありますか？　はい（　　℃、　　日から）・ いいえ
（2）のどの痛みはありますか？　はい（　　日から）・ いいえ
（3）鼻水や鼻づまりはありますか？　はい（　　日から）・ いいえ
（4）せきはでますか？　はい（　　日から）・ いいえ
（5）熱っぽさや寒気はありますか？　はい（　　日から）・ いいえ

2　ご相談内容についてお聞かせください（○をつけてください。）。

（1）受診する医療機関を知りたい。
（　　）今すぐ受診したい。

（　　）明日以降に受診したい。
受診希望日時：　　月　　日　　時頃

（2）その他の相談
ご相談したいことをご記入ください。

（　　）