

千葉県発熱相談センター（FAX 043-221-5950） 行き

次の項目をご記入の上、FAX願います。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（FAX相談用）

相談依頼 年月日	平成21年 月 日 午前・午後 :
相談依頼者	住 所
	氏 名
	年 代 10歳未満（ 歳）・10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代以上
	連絡先 電 話：（ ） FAX：（ ）
1	<p>現在のあなた（又は家族）の症状について教えてください。</p> <p>（1）発熱はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 発熱がある（以下を記入ください。）</p> <p>（体温： 度 分 いつからですか？： 月 日 時ぐらいから）</p> <p><input type="checkbox"/> 発熱はない</p> <p>（2）その他の症状（症状がある場合は、<input type="checkbox"/>にチェックを入れてください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛</p> <p><input type="checkbox"/> 息苦しさ・呼吸困難 <input type="checkbox"/> 下痢</p> <p><input type="checkbox"/> 全身倦怠感</p>
2	<p>あなた（又は家族等）は、7日以内に新型インフルエンザの感染がまん延している国（メキシコ、アメリカ、カナダ等）や地域（兵庫、大阪）に渡航（旅行、滞在を含む。）しましたか？</p> <p>（「まん延国・地域」は別紙を参照してください。※単なる発生国は含まれません。）</p> <p><input type="checkbox"/> はい【渡航（旅行、滞在）先： 渡航期間： 月 日～ 月 日】</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>
3	<p>（質問）2の地域へ渡航（旅行、滞在を含む。）し、インフルエンザ症状を呈している人と直接接触したり、2メートル以内で接触したことがありましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> はい【接触した日時： 月 日 接触した時間： 時 分】</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>
4	<p>新型インフルエンザ患者と7日以内に接触したことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ある【場所：職場、学校、その他（ ）】</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
5	<p>（保育園、小学校、中学校、高校等の生徒や職員等である場合）学校などで、発熱等の症状を呈している生徒や職員等が複数いますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いる【学校名など： 】</p> <p><input type="checkbox"/> いない</p>
6	<p>ご相談したいことをご記入ください。</p>
7	<p>発熱外来センターからの連絡方法について、以下のどちらを希望しますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 電 話による回答を希望</p> <p><input type="checkbox"/> FAXによる回答を希望</p>