新型コロナウイルス感染症後遺症相談ダイヤルあて

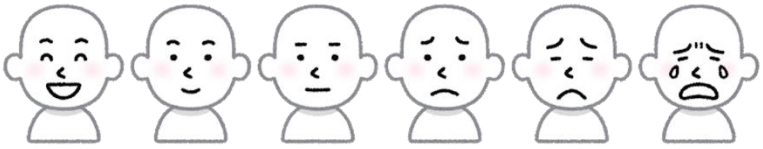
ＦＡＸ送信先【078-391-5532】

ふりがな 名前	（　　）	年齢 歳	性別 男・女	お住い （　　）区
連絡先	ファクシミリ番号（　　）　　－		送信日	月　　日

※相談内容に〇をつけてください

①症状について相談したい　②受診の必要性を聞きたい　③受診できる医療機関を知りたい

④その他（　　）

1	新型コロナウイルスにかかったのはいつ頃ですか？	月　　日(頃)から	
	療養が終了したのはいつ頃ですか？	月　　日(頃)まで	
2	現在、後遺症のような症状がありますか？ ・あてはまる症状に〇をしてください ・	はい （咳・だるさ・息苦しさ・胸の痛みや違和感・脱毛・嗅覚・味覚異常・眠れない） その他の症状 （　　）	いいえ
3	症状はいつ頃から続いていますか？	月　　日(頃)から	
	・その症状はどの程度の辛さですか？ あてはまる程度に〇をしてください  0 辛くない　2 少し辛い　4　6 ひどく辛い　8　10 辛くて耐えられない		
4	相談ができる、かかりつけ医はいますか？	はい 【　　】	いいえ

※この用紙を確認した後、どのように対応していただくか、上記連絡先へお返事いたします。