

(送付先) 札幌市陽性者サポートセンター
TEL : 0570-022-680 FAX : 011-788-6825

FAX相談用紙（聴覚に障がいのある方用）

氏名 (カナ)	生年月日 年 月 日 年齢 歳 (男性 ・ 女性)
住所	※療養証明書・パルスオキシメーター・自宅療養セットの送付を希望される方は、送付先住所をご記入ください。
連絡先	FAX : メールアドレス :
検査方法 (あてはまるものにチェック)	<input type="checkbox"/> 保健所による行政検査 (PCR検査センター、自己検体採取キット) <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 抗原検査キット
相談項目 (あてはまるものにチェック)	<input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 病院薬局案内 <input type="checkbox"/> 濃厚接触者 <input type="checkbox"/> 療養終了日 <input type="checkbox"/> 療養証明書 <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> 自宅療養セット <input type="checkbox"/> その他
症状 (あてはまるものにチェック) ※健康相談の場合	<input type="checkbox"/> 38.0℃以上の発熱がある。(現在 °C) <input type="checkbox"/> 38.0℃以上の発熱が2日以上継続している。 <input type="checkbox"/> 咳が出る、息苦しい。 <input type="checkbox"/> こびまる判定で赤・黄が出現した。 <input type="checkbox"/> 救急搬送が必要なほど、つらい状態 <input type="checkbox"/> その他症状 ()
具体的な 相談内容	

※記載いただいた内容を確認した後、メールもしくはFAXにてお返事いたします。