



② 新型インフルエンザ相談票 (聴覚障害者用)

病院・医院 様

--

具合の悪い方の	住所			相談年月日	平成	年	月	日
	氏名			FAX	()			
				電話	()			
	年齢	10歳未満(歳) ・ 10代 ・ 20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代 ・ 70代以上						
コミュニケーション	手話 ・ 筆談 ・ 要約筆記 ・ その他 ()							

1. 具合の悪い方の症状を、下の (四角)の中にお答えください。

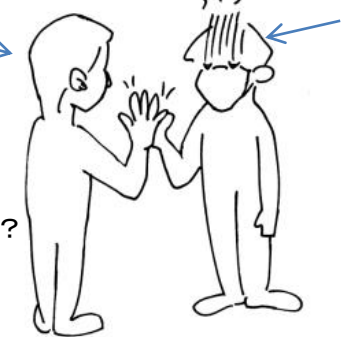
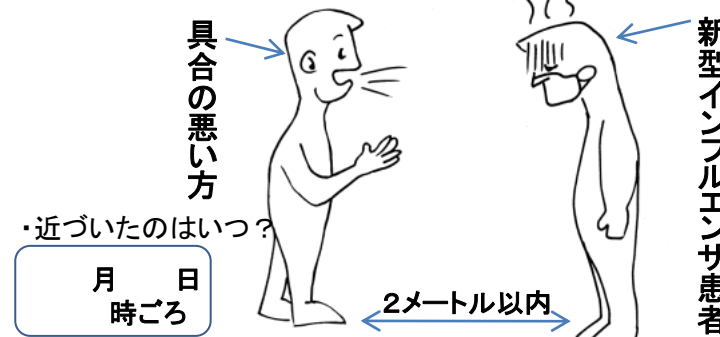
<p>・熱は？</p> <p><input type="text"/> 度</p>  <p>・いつから？</p> <p><input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 時ごろから</p>	<p>・のどの痛みはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>・いつから？</p> <p><input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 時ごろから</p>	<p>・せきやたんは出ますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>・いつから？</p> <p><input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 時ごろから</p>
<p>・いつから？</p> <p><input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 時ごろから</p> 	<p>・寒くなくてもふるえますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>・いつから？</p> <p><input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 時ごろから</p>	<p>・鼻水や鼻づまりはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>・いつから？</p> <p><input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 時ごろから</p>

2. 具合の悪い方は、7日以内に新型インフルエンザが流行している場所に行きましたか？

・行った 外国 = どの国？() その国をいつ出ましたか？(月 日)
 国内 = どの都道府県？() その地域をいつ出ましたか？(月 日)

・行って いない

3. 具合の悪い方は、7日以内に新型インフルエンザの患者に直接触れたり、2メートル以内に近づいたりしましたか？

<p>具合の悪い方</p> <p>・さわったのはいつ？</p> <p><input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 時ごろ</p> 	<p>具合の悪い方</p> <p>・近づいたのはいつ？</p> <p><input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 時ごろ</p> <p>← 2メートル以内 →</p> 
--	--