**【相談票】**

※メール又はＦＡＸで回答します

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先 | お住まいの地域の受診・相談センター※平日の午前９時から午後５時まで |
| あなたの名前 |  | 年齢 | 歳  |
| あなたの住所 | 市　・　町　・　村　 |
| あなたのＦＡＸ番号 |  |
| あなたのﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 誰の相談ですか？ | □ 自分　□ 家族□ その他（　　　 　　） |
| 症状は何ですか？ | □息苦しい □体がだるい □高熱がある□咳が出る □その他（　　　 ） |
| 基礎疾患や飲んでいる薬はありますか？ |  □糖尿病 □心不全 □呼吸器疾患 □人工透析 □免疫抑制剤 □抗がん剤 □その他（　　　　　　　　　　　　） |
| その他特記事項 |  |