

## 新型コロナウイルス感染の疑いがある場合

- ・ 37.5度以上の発熱
- ・ 息が苦しい
- ・ 咳が長引く
- ・ においと味がわからない
- ・ 強い倦怠感けんたいかん（体がだるい）



①	<b>【相談票】FAX する</b> 倉敷市保健所 ( 086 - 434 - 9805 )	
②	保健所から返事が来るまで待つ	
③	保健所から来た返事の内容をよく読んでおく。	

## 病院に受診する場合

①	<b>【手話通訳派遣依頼】</b> 障がい福祉課にFAXする ( 086 - 421 - 2044 )	
②	手話通訳者決定通知がくる	
③	病院へ行く	<p style="text-align: center;">マスクをかける!!</p> <p style="text-align: center;">バス・タクシー 電車は乗らない!!</p>

えんかく  
**遠隔手話通訳サービス**

病院等

聴覚障がい者

タブレット

医師・看護師など

遠隔手話に必要なタブレットは、障がい福祉課で貸し出します。  
ご自身のスマートフォンやタブレットも利用できます(※)。

障がい福祉課

手話通訳者

→  
 テレビ電話でつなぐ

(※)ご自身のスマホ・タブレットを利用した場合、その通信費はご本人負担になります。

# 新型コロナウイルス感染症に関するFAX相談票(聴覚障がい者)

そうしんにちじ 送信日時	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
なまえ 名前	せいねんがっぴ 生年月日		
じゅうしょ 住所	F A X		
	どいじょうねつ 37.5度以上の熱がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日		せき 咳がでますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日
	いきぐるこきゅうこんなん 息苦しさ(呼吸困難)がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日		たん 痰がでますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日
	みかくあまから 味覚(甘さ・辛さ) <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> わかる きゅうかく 嗅覚(ニオイ) <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> わかる		つよけんたいかん 強いだるさ(倦怠感)がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日
	ほかしょうじょうちりょうちゅうびょうき 他の症状や治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 その他( ) <input type="checkbox"/> いいえ		
いっかげつないりょこう 1ヶ月以内の旅行 <input type="checkbox"/> 行ってない <input type="checkbox"/> 行った(旅行期間 月 日 ~ 月 日)			
	こくめい 国名 ( )	こうつうしゅだん 交通手段  <input type="checkbox"/> 飛行機  <input type="checkbox"/> 新幹線  <input type="checkbox"/> 電車  <input type="checkbox"/> バス	
	とどうふけんめい 都道府県名 ( )	 <input type="checkbox"/> 自動車  <input type="checkbox"/> タクシー  <input type="checkbox"/> 船	
しんがた 新型コロナウイルス陽性者との接触がありましたか？ <input type="checkbox"/> はい ( ) 頃 <input type="checkbox"/> いいえ どういった接触がありましたか？ <input type="checkbox"/> いっしょしょくじ 一緒に食事をした <input type="checkbox"/> くるま いっしょ こうどう 車で一緒に行動した <input type="checkbox"/> その他 ( )			