

別紙 1

新型インフルエンザに関する
保健所（発熱相談センター）への F A X 例文

保健所 様

私は、耳が不自由な障がい者で といひます。
発熱外来への受診の必要性等について、ご返事をお願いします。

住 所：

F A X 番号：

【10 日以内の海外渡航】

ある ない

国名：

期間： 月 日～ 月 日

【新型インフルエンザ患者との接触】

ある ない

接触したと思われる日： 月 日

接触の状況：

【体の具合】

発熱 ある () ない

鼻水 ある ない

鼻閉 ある ない

のどの痛み

ある ない

咳 ある ない

家の地図

