

F A X相談用紙（ろう者・難聴者・中途失聴者）

送信先	福岡県の「受診・相談センター」 FAX092-643-3697		
送信日時	令和	年	月 日 時 分
名前		年齢	
住所			
自宅FAX			
メールアドレス			
	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		
	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		
 <small>ERCA(C)</small>	息苦しさ(呼吸困難)はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日		
	強いだるさ(倦怠感)はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつからですか？ 月 日		
	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"/> いいえ <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		

※他に相談したいこと
