相談用紙（聴覚に障がいのある方など）

名　　前	年齢　　才　　（　男性　・　女性　）
住　　所	大阪府
連　絡　先	ＦＡＸ メールアドレス
相談したいこと	
熱がある	ある　（　　℃）　　月　　日から，熱がでた
	ない
	前にあった　　月　　日から　　月　　日まで
	＜その間，熱が　　℃あった＞
セキがある	ある　　月　　日から，セキがでた
	ない
	前にあった　　月　　日から　　月　　日まで
のどの痛みがある	ある　　月　　日から，のどの痛みがでた
	ない
	前にあった　　月　　日から　　月　　日まで
息がしづらい	息がしづらい　　月　　日から，息がしづらい
	ない
	前にあった　　月　　日から　　月　　日まで
からだの だるさがある	ある　　月　　日から，からだのだるさがでた
	ない
	前にあった　　月　　日から　　月　　日まで
定期的に通院している病気がある	ある 糖尿病 心臓の病気（病名：　　） 呼吸器の病気（病名：　　） その他（病名：　　）
	ない

※ 記載いただいた内容を確認した後、メールもしくはFAXにてお返事いたします。