**ふなばし健康ダイヤル24**

**聴覚・言語障害者専用FAX相談シート**

★★★送付先FAX番号：0120-3066-68　★★★

下記項目にご回答の上、上記FAX番号先へご送付ください。ご相談内容ご確認の上、FAXにてご返信させて頂きます。

□船橋市民　　□船橋に滞在している　　（※どちらかにレ点をお願いします）

ご相談対象者様情報

|  |
| --- |
| □本人　　□配偶者　　□子ども  □親　　□孫　　□その他  性別　：　□男　　□女  ご年齢：　　　　　才　　　　　ヶ月  （※小さなお子様の場合、〇ヶ月もお願いします。） |

ご相談者様情報

|  |
| --- |
| 氏名：  性別　：□男　　　□女  ご年代：□10代　□20代　□30代　□40代  □50代　□60代　□70代　□80代以上 |
| FAX番号　： |

ご相談内容

|  |  |
| --- | --- |
| □病気・症状・治療について  □事故・ケガ、治療について  □検査・健康診断について  □薬に関する相談  □予防接種に関する相談  □医療機関情報について  □その他 | □健康の保持増進について  □育児・しつけに関する相談  □栄養・食事について  □介護について  □母子保健について  □メンタルヘルスに関する相談 |
| 相談の詳細 | |

ご相談対象者様の現在の状態

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 受診しておりますか？ 2. 治療中の病気はありますか？ 3. 飲んでいるお薬はありますか？ 4. 今までに大きな病気にかかった事がありますか？ | □いいえ　　□はい（診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □いいえ　　□はい（診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □いいえ　　□はい（薬の名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □いいえ　　□はい（診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他情報としてお知らせしたい事 |  |

健康政策課