**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