

|    |    |    |    |   |
|----|----|----|----|---|
| 課長 | 主幹 | 医監 | 係長 | 係 |
|    |    |    |    |   |

## S F T S 電話・来所相談受付簿

|      |  |
|------|--|
| 日時   | 平成 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分<br>担当者氏名:   |
| 対象   | 一般住民 市町在住 ( 歳代)<br>その他 ( )   |
| 相談内容 | <input type="checkbox"/> <u>症状など感染不安について</u><br><input type="checkbox"/> マダニ刺傷有 (時期: 月 日頃)<br><input type="checkbox"/> マダニ暴露の可能性 ( )<br><input type="checkbox"/> <u>臨床症状</u> ※あてはまるものに○をつける<br><input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 消化器 (嘔気・嘔吐、腹痛、下痢、下血)<br>※具体的に記入<br><br><input type="checkbox"/> <u>問合せ、情報提供依頼</u><br><br><br><input type="checkbox"/> <u>その他</u> |
| 対応   | <input type="checkbox"/> <u>情報提供 (提供内容)</u><br><br><input type="checkbox"/> <u>受診勧奨</u><br><br><input type="checkbox"/> <u>その他:</u>  |
| 備考   |  |