

新型コロナウイルス感染症の疑いがある聴覚障害のある方を対象にした 遠隔手話サービスを開始します！

新型コロナウイルス感染症に感染の疑いがあり、帰国者・接触者外来のある病院を受診することになった場合に、遠隔手話サービスを利用することができます。

遠隔手話サービスとは、聴覚障害のある方が手話通訳者と対面せず、離れた場所でタブレットやスマートフォンを使って、手話通訳を行うことです。

1



熱がある
だるい
息苦しい

**新型コロナウイルス感染症
感染の疑い！**

2

帰国者・接触者相談センター（新型コロナ受診相談窓口）に連絡
FAX：0742-27-8565 電話：0742-27-1132
（平日・土日祝 24時間対応）

※FAX相談票の感染検査時に遠隔手話通訳を希望する☑に
記入してください。

PCR検査が必要と判断されたら...

保健所または帰国者・接触者相談センター（県）から
病院の受診の日時や場所の連絡が届きます。

日時が決まったら、お住まいの市町村障害福祉担当課まで
遠隔手話サービス利用の申込みをしてください。

（通常どおりの手話通訳者派遣依頼と同様の手続きです）



指定された日時に医療機関（帰国者・接触者外来）へ

3

「遠隔手話
サービス
を利用します」



遠隔手話



タブレットでのテレビ電話を用いた手話通訳を行います。

【ご注意とお願い】

※このサービスは、新型コロナウイルス感染症の疑いがあり、手話通訳者の同行が困難な場合
の受診や災害時等にご利用頂くものです。その他の場合は、通常どおりお住まいの市町村へ
手話通訳の派遣依頼をしてください。

※設置タブレットの端末操作は、ご本人ではなく設置場所の管理者が行います。

※タブレットの設置がない医療機関（帰国者・接触者外来）への受診の場合、聴覚障害のある
方ご本人の手持ちのスマートフォンでも遠隔手話サービスを利用できますが、事前にアプリ
のダウンロードが必要です。

※サービス利用可能時間は、月曜日から土曜日の9時～17時です。

新型コロナウィルスについてのファックス相談票

| 送信先 | 相談窓口 | ファックス番号 | 対応時間 | |
|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------|-------------|
| | <input type="checkbox"/> | 奈良県庁 | 0742-27-8565 | 平日・土日祝 |
| <input type="checkbox"/> | 奈良市保健所 | 0742-34-2486 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | | 0742-34-2321 | 土日祝 | 10:00~16:00 |
| <input type="checkbox"/> | 郡山保健所 | 0743-52-6095 | 平日 | 8:30~17:15 |
| <input type="checkbox"/> | 中和保健所 | 0744-47-2315 | 平日 | 8:30~17:15 |
| <input type="checkbox"/> | 吉野保健所 | 0747-52-7259 | 平日 | 8:30~17:15 |
| <input type="checkbox"/> | 内吉野保健所 | 0747-25-3623 | 平日 | 8:30~17:15 |

送信年月日
令和2年 月 日

※必要なところにチェック (☑) 及び 記入をしてください。

| | | | | | | | |
|-------------|--|------------------------------|---|----|----|----|------|
| あなたのお名前 | ふりがな | 性別 | おとこ <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 | | | | |
| | | 生年月日 | T・S・H・R | ねん | ねん | さい | |
| あなたの今いるところ | 住所： アパート・マンションのなまえ | | | | | とう | ごうしつ |
| FAX番号 | | | | | | 棟 | 号室 |
| 電話でやりとりできる人 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | でんわばんごう電話番号 ★ | | | | |
| 誰の相談ですか | <input type="checkbox"/> わたし | <input type="checkbox"/> かぞく | <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| どんな相談ですか | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症について(どういった病気か教えてほしい など) <input type="checkbox"/> 感染者と接触したかもしれない <input type="checkbox"/> 下記の症状があるので受診したい <input type="checkbox"/> その他 ※具体的に書いてください | | | | | | |
| 症状 | <input type="checkbox"/> 発熱(°C) 【 月 日から】 <input type="checkbox"/> 咳などの風邪症状 【 月 日から】 <input type="checkbox"/> 息苦しい 【 月 日から】 <input type="checkbox"/> からだ 身体がだるい 【 月 日から】 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| おも 主な病歴 | 今ある病気 内服薬 () | | 妊娠の有無 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| かかりつけ医 | ※病院や医院のなまえを記入 | | 受診の有無 (<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (/)) | | | | |
| その他の内容 | 感染検査のため医療機関を受診する場合、遠隔手話サービスの利用を希望しますか <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません | | | | | | |

記入欄が不足する場合は「別紙」をつけてください

- ※1 夜間・休日の場合はFAXでのお返事や、ただちに対応することが困難な場合があります。また、体調不良により受診調整が必要な場合には、★印の連絡先を使用させていただきます。
- ※2 救急通報が必要な場合は、FAX119 をご利用ください。