

平成21年8月20日
東京都感染症対策本部
福祉保健局

新型インフルエンザに関する東京都の対応等について（第172報）
（新型インフルエンザ相談センター夜間休日電話の変更）

東京都では、8月3日（月）から、新型インフルエンザ相談センターを設置し、受診医療機関のご紹介や自宅療養に関する電話相談を行っています。今後、インフルエンザの流行期を迎えるにあたり、引き続き24時間の相談体制を維持してまいります。

なお、9月1日から下線部のように電話番号を変更しますのでお知らせします。

- 平日 月曜～金曜 9：00～17：00 最寄りの保健所（別紙1）
- 平日 月曜～金曜 17：00～翌日9：00
及び 土曜・日曜・祝日

9月1日から インフルエンザ
0570-03-1203

- * 8月31日までは、これまでの03-5320-4509をご利用ください
- * PHS、IP電話をご利用の方は、当面の間、03-5320-4509にお願いします

聴覚に障害のある方は、東京都保健医療情報センター（ひまわり）相談票（別紙2）に必要事項を記入の上、FAX：03-5285-8080へ、送信してください。

【問合せ】
福祉保健局健康安全部感染症対策課
03-5320-4482

■ 新型インフルエンザ相談センター一覧（最寄の保健所にご相談ください）

保健所名		電話番号	備考(管轄地域等)	
東京都	西多摩保健所	0428-22-6141	青梅市 福生市 羽村市 あきる野市、瑞穂町 日の出町 檜原村 奥多摩町	
	南多摩保健所	042-371-7661	日野市 多摩市 稲城市	
	町田保健所	042-722-0621	町田市	
	多摩立川保健所	042-524-5171	立川市 昭島市 国分寺市 国立市、東大和市 武蔵村山市	
	多摩府中保健所	042-362-2334	武蔵野市 三鷹市 府中市 調布市、小金井市 狛江市	
	多摩小平保健所	042-450-3111	小平市 東村山市 清瀬市、東久留米市 西東京市	
	島しょ保健所	大島出張所	04992-2-1436	大島町 利島村 新島村 神津島村
		三宅出張所	04994-2-0181	三宅村 御蔵島村
		八丈出張所	04996-2-1291	八丈町 青ヶ島村
		小笠原出張所	04998-2-2951	小笠原村
八王子市保健所	042-645-5111	八王子市		

保健所名		電話番号
千代田区	千代田保健所	03-3291-3657
中央区	中央区保健所	03-3541-5254
港区	みなと保健所	03-3455-4770
新宿区	新宿区保健所	03-5273-3836
文京区	文京保健所	03-5803-1834
		03-5803-1836
台東区	台東保健所	03-3847-9402
墨田区	墨田区保健所	03-3623-5201
		03-3622-9137
江東区	江東区保健所	03-5632-8666
品川区	品川区保健所	03-5742-6704
目黒区	目黒区保健所	03-5722-9089
大田区	大田区保健所	03-5744-1263(保健衛生課)
		03-5764-0662(大森地域健康課)
		03-3726-4147(調布地域健康課)
		03-5713-1702(蒲田地域健康課)
		03-3743-4163(糀谷羽田地域健康課)
世田谷区	世田谷保健所	03-5432-2471
渋谷区	渋谷区保健所	03-3463-2416
中野区	中野区保健所	03-3382-6500
杉並区	杉並保健所	03-3391-2670
豊島区	池袋保健所	03-3987-4179
北区	北区保健所	03-3919-3340
荒川区	荒川区保健所	03-3802-1821
板橋区	板橋区保健所	03-3579-2318
練馬区	練馬区保健所	03-5984-1467
足立区	足立保健所	03-3880-5446
葛飾区	葛飾区保健所	03-3691-9635
江戸川区	江戸川保健所	03-5661-2475

保健医療情報センター(ひまわり) 行き

(FAX 03-5285-8080)

「かかりつけ医」がいらっしゃる方は、まず「かかりつけ医」にご相談ください。

新型インフルエンザ相談等にかかるFAX送付票(聴覚障害者用)

発信年月日	平成21年	月	日	午前・午後	時	分
相談者 (回答の 送信先)	住所					
	氏名 (男・女)					
	連絡先 FAX :			電話番号 :		
	可能なコミュニケーション手段 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> その他 ()					

相談者御本人の相談ですか。 はい・いいえ →患者さんとの関係 ()
(あてはまるものに○をつけてください)

年齢(相談者御本人の相談でない場合、患者さんの年齢) : (歳)

現在の症状等 : (発熱 度) (症状:)

↓ 御要望の事項のいずれかに○をおつけください。

() 医療機関案内を希望(あてはまる箇所に○をつけ、必要事項をご記入ください)

・ () 今すぐ受診したい

・ () 翌日以降受診したい(受診希望日時 月 日 時頃)

() 新型インフルエンザに関する保健医療相談を希望(相談内容をご記入ください)

[]

(注) 夜間休日の新型インフルエンザに関する相談は、平日午前9時以降に各保健所新型インフルエンザ相談センターから回答いたします。(12/29から1/3を除く)