ファクシミリ相談票

R4.9.2 作成

用件	新型コロナウイルスワクチンについての相談
送信先	○相談先が分からないときの送信先 ※受付時間　9時～17時15分（土日、祝日を含む） □ 受診相談センター・ワクチン相談センター　0857-50-1033
送信年月日	令和　　年　　月　　日
お名前	（ふりがな：　　）
連絡先	□ﾌｧｸｼﾐﾘ番号：　　□ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： ※ご希望の折り返しの連絡先にチェックしてください。
ご住所	市・町・村

○ 相談者のについて以下の項目で該当するものに○をつけてください

・ 65歳以上　　・ 基礎的疾患のある方　　・ 妊娠中の方又は妊娠の可能性のある方

○ 接種状況はどうですか

□ 接種前

□ 最終接種月日：令和　年　月　日　（ 1回目　2回目　3回目　4回目 ）

接種場所：（　　）

○ 相談したいことは何ですか？希望するところに○をつけてください。

■ ワクチン接種が可能かどうか

■ ワクチンの効果について

■ ワクチンの副反応 について

□ 症状なし

□ 症状あり（以下の項目で該当する症状に○をつけてください）

・ アナフィラキシー　・ 接種部位の痛み　・ 接種部位の発熱　・ 頭痛

・ 発熱　・ 悪寒　・ 下痢　・ 関節痛　・ 筋肉痛　・ 倦怠感

・ その他　（　　）

■ ワクチン全般に関すること

■ ワクチン接種体制（ 接種時期　接種場所　接種券　優先順位など ）

■ その他（　　）

○かかりつけの医療機関はありますか　　□ はい　□ いいえ

→「はい」の場合、かかりつけの医療機関を書いてください（　　）

※この用紙を確認した後、どのように対応していただくかを、ご記入いただいた連絡先にお返事します。