

「新型コロナウイルスワクチン接種副反応(接種後の体調不良等)相談のFAX送付票」

(FAX 03-5388-1396)

この用紙は聴覚に障害のある方など、電話でのご相談が難しい方専用です。

**FAXでの回答は即日を予定しています。(土日を挟む場合は、月曜日の回答となる場合があります。)**

ご自宅にFAXがない方で、郵送での回答をご希望される方は、こちらに○をしてください。→ (希望する)

(ご自宅に郵送をする場合、到着までに2~3日ほど日数を要することがあります。あらかじめご了承ください。)

新型コロナワクチン接種後の副反応、アナフィラキシー等が疑われる場合には、**病院に相談してください。**

**※アナフィラキシーとは、接種後の急性アレルギー反応のことです。**

|       |          |       |       |
|-------|----------|-------|-------|
| 送信年月日 | 令和 年 月 日 | 午前・午後 | 時 分   |
| 相談者   | 郵便番号     |       | 住所    |
|       | 氏名       |       | (男・女) |
|       | 連絡先      | FAX番号 | ( )   |

次の欄にご記入ください。

- どなたの相談ですか。  わたし  家族  友人  その他( )
- ワクチン接種は何回目ですか。 ( 1回目 ・ 2回目 )
- いつワクチンを接種しましたか。 1回目 ( 月 日 )  
2回目 ( 月 日 )
- 症状が現れた日はいつですか。 ( 月 日 )
- 年齢を教えてください。 ( 歳 )
- 当てはまる症状を教えてください。  
 熱がある( °C)  接種部位の痛みや腫れ  寒気を感じる  だるい  頭痛  
 関節痛  筋肉痛  吐き気がある(吐いた)  その他( )
- かかっている病気などがありますか。  
 糖尿病  高血圧  呼吸器の病気  心臓の病気  人工透析をしている  
 妊娠している  高度肥満  その他の病気( )
- アレルギーはありますか。  
 薬品  食品  花粉症  その他( )  
 過去に予防接種でアナフィラキシーの経験がある 予防接種名 ( )
- かかりつけ医はありますか。 ( ある ・ ない )
- 接種した病院に相談しましたか。 ( 相談した ・ 相談していない )

東京都使用欄(以下、記入しないでください。)

|     |
|-----|
| 対応日 |
|     |