「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)

ょうし ちょうかく しょうがい かた でんわ そうだん むずか かたせんよう ・この用紙は <u>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</u> 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。)
・ご首宅に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O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。)
しんがた せっしゅご ふくはんのう など うたが ばあい びょういん そうだん ・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。

そうしんねんがっぴ 送信年月日	れいわ 令和 年	ん がつ E 月	にち 日	ごぜん 午前・	<u>デ</u> デ 午後	時	s.^ 分	
	ゆうびんばんごう 郵便番号		^{じゅうしょ} 住所					
相談者	しめい 氏名					(男	こ おんな ・ 女)	
	^{れんらくさき} 連絡先	ばんごう FAX番号	()	_			

っき の 欄 に ご 記 入 く だ さ い 。

	次の欄にご記入ください。	
1	どなたの相談ですか。 ロ わたし ロ 家族 ロ 友人 ロ その他()
2	ワクチン接種は何回目ですか。(1回目 - 2回目)	
3	いつワクチンを接種しましたか。 1回首 (
4	しょうじょう あらわ ひ 症状が現れた日はいつですか。 (
5	ねんれい おし 年齢を教えてください。 (
6	ぁ 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 □ !	^{ずつう} 頃痛
	□ 関節痛 □ 筋肉痛 □ 吐き気がある(吐いた) □ その他()	
7	かかっている病気などはありますか。	
	とうにょうびょう こうけつあつ こきゅう き びょうき しんぞう びょうき じんこうとうせき 日 糖尿病 日 高血圧 日 呼吸器の病気 日 心臓の病気 日 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()	
8	アレルギーはありますか。	
l	□ 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 ()	
9	かかりつけ医はありますか。 (ある ・ ない)	
1(O 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)	

とうきょうとしょうらん いか きにゅう 東京都使用欄(以下、記入しないでください。)

対応日