

「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 03-5388-1432)

・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。
かいとう そくじつ よてい どにち はさ ばあい げつようび かいとう ばあい
 ・FAXでの回答は即日(土日を挟む場合は、月曜日の回答となる場合があります)を予定しています。
じたく かた ゆうそう かいとう きぼう かた きぼう
 ・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)
じたく ゆうそう ばあい とうちやく にち にっすう よう りようしよう
 (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。
せつしゆご きゆうせい はんのう
 ※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)
せつしゆ かいめ がつ にち
- いつワクチンを接種しましたか。 1回目 (月 日)
かいめ がつ にち
 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はありますか。
 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()
か こ よぼうせつしゆ けいけん よぼうせつしゆめい
 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