

「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(土日を含む場合は、月曜日の回答となる場合があります)を予定しています。

・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