「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。

・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、こちらに〇をしてください。→（　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。

1　どなたの相談ですか。　□ わたし　□ 家族　□ 友人　□ 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回目（　月　日）

2回目（　月　日）

4　症状が現れた日はいつですか。（　月　日）

5　年齢を教えてください。（　歳）

6　当てはまる症状を教えてください。

□ 熱がある（　℃）　□ 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（　）

7　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（　）

8　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　（　）

9　かかりつけ医はありますか。（　ある　・　ない　）

10　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