【注意事項】

当サービスは聴覚に障がいがあるなど、電話でのご相談が難しい方のための専用窓口（FAXのみの対応）です。

当サービスでは、看護師などの医療専門家が情報提供・助言を行いますが、医師の診断・診療等はできませんので

ご了承ください。 緊急の相談には対応が難しい場合があります。

福岡県新型コロナウイルスワクチン副反応相談　FAX送信票

FAX ： 0800-080-5805

送信日： 年 月 日（ ）

●お住まいの地域　　**福岡県**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市　・　区　・　町　・　村

●相談対象者

# 歳　　　　　 男 ／ 女

●ご相談者様

# 氏名 年齢 歳代 男 ／ 女

　　　　　　　　　　　（※フルネームでなくても構いません。）

●FAX番号

# － －

　　　　　　該当するものにチェック□ をしてください。

●接種回数

　　□　接種前

　　□　1回目接種終了　（接種日時：　　　月　　　日　　　時頃）

　　□　2回目接種終了　（接種日時：　　　月　　　日　　　時頃）

●ワクチンの種類　　　　　　　　　●接種した医療機関など

　　□　ファイザー社製 □個人病院　　　□集団接種会場　　　□その他

　　□　モデルナ社製 ※病院名・施設名

●現在の症状

　　□なし

　　□発熱　（いつから　　　月　　　日／　　　度　　　分）　　□頭痛　（いつから　　　月　　　日）

　　□発疹　（いつから　　　月　　　日／どこ　 　　　　 ）　 □吐き気（いつから　　　月　　　日）

　　□腹痛　（いつから　　　月　　　日）　　　　　　 　□だるさ （いつから　　　月　　　日）

　　□下痢　（いつから　　　月　　　日）　　　　　 　　□ふらつき・めまい（いつから　　　月　　　日）

　　□注射部位の痛み・腫れ（いつから　　　月　　　日）

　　□その他（いつから　　　月　　　日）

●ご相談内容