【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　・　町　・　村

●ご相談者 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。

|  |
| --- |
| ●どなたの相談ですか  　□　自分　　　　　□　家族　　　　　□　友人　　　　　□　その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●直近の接種について教えてください  　◆接種日時：　　　　月　　　　日　　　　時頃  　◆回数（　１回目　・　２回目　・　３回目　・　４回目　・　５回目　・　未接種　）※いずれかに〇をご記入ください。  ◆ワクチンの種類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◆接種した医療機関など（施設名をご記載ください）  □　ファイザー社製（従来株）  □　ファイザー社製（オミクロン株対応２価ワクチン）　　　　□病院・クリニック  □　モデルナ社製（従来株）  □　モデルナ社製（オミクロン株対応２価ワクチン）　　　　 □集団接種会場  □　武田社（ノババックス）製  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 　　　　 □その他 |
| ●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（　　　月　　　日）  □その他（いつから　　　月　　　日）  ●ご相談内容（基礎疾患やアレルギーをお持ちの方は、あわせてご記入ください。） |