

様式 1 - 2 副反応相談受付シート

☆ 回答の際に必要ですので
ファクシミリ番号をご記入下さい

新型コロナウイルスワクチン副反応相談センターにお問い合わせいただきありがとうございます。

当センターの電子メール相談は、聴覚に障害のある方や言語に障害がある方など、電話での御相談が難しい方を対象としています。

また、相談内容は、新型コロナウイルスワクチン予防接種における副反応のみとなっています。

障害のない方や副反応以外の新型コロナウイルスワクチンに関する御相談については、新型コロナウイルスワクチン副反応相談センターに電話にて御相談願います。(☎050-3615-6941)

<相談の手順>

- 1 様式1-2「副反応相談受付シート」に必要事項を記載してください。
- 2 様式1-2「副反応相談受付シート」を当センターにファクシミリで送って下さい。
- 3 当センターがファクシミリにて回答いたします。

回答の参考としたいので、以下の質問への記入をお願いします。

- 1 あなたは、聴覚や言語の障害などにより、電話によるコミュニケーションが難しいですか？

→ はい いいえ

「はい」の方は次の設問にお進みください。

「いいえ」の方、「障害のある方のご家族の方」は電話で御相談ください。

★新型コロナウイルスワクチン副反応相談センター ☎050-3415-6941

- 2 あなたは、ワクチンを接種しましたか → はい いいえ

→ (ファイザー社 武田/モデルナ社 アストラゼネカ社 不明)

→ (1回目 2回目 3回目)

「はい」の方は次の設問にお進みください。

「いいえ」の方は、下記ホームページを参考にして下さい

★[新型コロナウイルス感染症について | 厚生労働省 \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp)

- 3 ★[新型コロナワクチンQ&A | 厚生労働省 \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp)

緊急の症状と思われるときは、救急車をお呼び下さい。

様式 1 - 2

副反応相談受付シート

(1) 相談したいことは何ですか？

(2) 直近の接種日を教えてください。 → (月 日)

(3) 基礎疾患をお持ちですか？ → (はい いいえ)

(4) 該当する症状にチェックして下さい。(/) には, 症状出現日を記載して下さい。

全身症状について	接種部位の症状について
<input type="checkbox"/> 発熱 (/)	<input type="checkbox"/> 疼痛 (/)
<input type="checkbox"/> 頭痛 (/)	<input type="checkbox"/> 掻痒感 (/)
<input type="checkbox"/> 倦怠感 (/)	<input type="checkbox"/> 熱感 (/)
<input type="checkbox"/> 悪寒 (/)	<input type="checkbox"/> 腫脹 (/)
<input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 (/)	<input type="checkbox"/> 発赤 (/)
<input type="checkbox"/> 動悸 (/)	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 関節痛 (/)	
<input type="checkbox"/> 筋肉痛 (/)	
<input type="checkbox"/> せき (/)	
<input type="checkbox"/> 息苦しさ (/)	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

様式 1 - 2 「副反応相談受付シート」を当センターにファクシミリで送信してください。

新型コロナウイルスワクチン副反応相談センター あて

FAX 022-200-2932

緊急の症状と思われるときは、救急車をお呼び下さい。